

Anlage 4

zu den Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: MRSA-Eradikationstherapie

1. Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen ab Seite 2
2. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung ab Seite 44

1. Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen



VDAB – Reinhardtstraße 19 – 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Dr. Kati Dege
Postfach 120606
10596 Berlin

Per E-Mail: hkp@g-ba.de

**Verband Deutscher Alten-
und Behindertenhilfe e.V.**
Gemeinnütziger Fachverband mit
Sitz in Essen

Hauptstadtbüro
Reinhardtstraße 19
10117 Berlin
Fon 030 / 200 590 790
Fax 030 / 200 590 79-19
wibke.eichhorn@vdab.de
www.vdab.de

17. Juni 2013

Stellungnahme des Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. gem. § 92 Abs. 7 Satz 2 SGB V

hier: Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien (HKP-RL): Nr. 26a des Leistungsverzeichnisses: MRSA-Eradikationstherapie

Sehr geehrte Frau Dr. Dege,

wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme vor Beschlussfassung und möchten uns wie folgt dazu äußern:

zur Leistungsbeschreibung

1. Sie beabsichtigen eine Änderung der HKP-Richtlinie, die auf dem Auftrag des Gesetzgebers in § 92 Abs. 7 (durch das PNG) fußt. Der Gesetzgeber hat den Auftrag auf die Dekolonisation von Trägern mit MRSA fokussiert. Gestatten Sie uns die Anmerkung, dass aus unserer Sicht auch **ORSA** einzubeziehen gewesen wäre; dafür hat der G-BA jedoch bedauerlicherweise keinen gesetzlichen Auftrag erhalten.

2. Die Anregung, Hygienemaßnahmen im Haushalt zum Leistungsumfang der Behandlungspflege zu machen, ist differenziert zu bewerten. Nach Ansicht von D und A sollen in Verbindung mit den MRSA-Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien und Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich gewechselt bzw. **desinfiziert** werden. Nach unserem Verständnis beziehen sich die RKI-Empfehlungen nicht auf die Desinfektion im häuslichen Bereich. Wir rekurren dem gegenüber die konkreten Informationen des <http://www.mrsa-netzwerke.niedersachsen.de> für ambulante Pflegedienste: „Innerhalb des betreffenden Haushaltes brauchen keine besonderen Reinigungs- oder

...



Desinfektionsmaßnahmen ergriffen zu werden. Abfälle und Schmutzwäscheteile werden wie üblich sortiert und gesammelt.

Körper- und Bettwäsche MRSA-positiver Patienten sind wie üblich zu waschen. Eine desinfizierende Wirkung wird in der Waschmaschine bei Programmen mit Temperaturen von 60°C oder höher erreicht.“

Weil die Desinfektion zu Hause über das gebotene Maß hinaus geht und nur das tägliche Wäschewechseln zweckmäßig ist, sollte die Desinfektion gestrichen werden.

3. Es macht Sinn, in Verbindung mit den MRSA-Sanierungsmaßnahmen die Anleitung von MRSA-Träger-Patienten und Angehörigen zur Händehygiene nicht nur unverbindlich zu empfehlen, sondern die entsprechende Hygiene im häuslichen Bereich zum verbindlichen Leistungsumfang zu erklären und den Erfolg damit zu fördern. Die Aufklärungspflicht ist jedoch eine originäre ärztliche Aufgabe. Der Aufklärungsbogen sollte daher ärztlicherseits zur Verfügung gestellt werden. Die Pflicht des Pflegedienstes muss sich auf eine ggf. verordnete **Anleitung** beschränken.

zu Bemerkungen

1. Durch die Einfügung der Nummer 26a in das Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie schafft der G-BA eine Regelung für die Verordnung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Zusammenhang mit einer MRSA-Eradikationstherapie, die u.a. an eine **Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen** anknüpft. Die Verordnung an die Abrechnungsfähigkeit der Ärzte zu koppeln, geht aus unserer Sicht zu weit.

Durch die beabsichtigte Verknüpfung mit der ärztlichen Abrechnungsmöglichkeit soll sicherstellt werden, dass zertifizierte und/oder Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit einer Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ eine Verordnung von Leistungen der HKP nach Nr. 26a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie vornehmen können. Es ist jedoch nicht angezeigt, **Verordnungsbeschränkungen** vorzunehmen, wenn man Sanierungserfolge erzielen will. Knüpft man an bestimmte Zusatzweiterbildungen an, müssen die betreffenden Versicherten diese bestimmten Ärzte aufsuchen. Dies baut eine Hürde auf, die die Gefahr birgt, dass nicht alle, die die Sanierung brauchen, sie auch bekommen, so dass sich die Erreger immer weiter ausbreiten können.

Damit alle MRSA-Besiedelten saniert werden, muss jeder Hausarzt in der Lage sein, zu verordnen. Unstreitig muss außerdem die Verordnungsfähigkeit durch den Krankenhausarzt sein, um die Nahtlosigkeit der Sanierung sicherzustellen.

2. Dass die Leistung nach Ansicht von D und A auch verordnungsfähig im Rahmen einer Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten **invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen** sein soll, wird begrüßt. Dies ist sinnvoll im eigenen Interesse der Betroffenen, aber auch anderer, die angesteckt werden können. Wenn jemand festgestellten MRSA hat und sich einem Eingriff unterzieht, besteht die Gefahr, dass derjenige kränker (krank = geschwächt) wird bzw. andere infiziert. Es handelt sich also nicht nur um eine Behandlung, sondern auch um eine Form der Infektionsprävention.



3. Die Forderung, einen **MRSA-Sanierungs-Übergabebogen** zu verwenden, ist abzulehnen. Dabei handelt es sich um einen zusätzlichen Dokumentationsaufwand, der die Bürokratie in den Pflegeeinrichtungen einmal mehr überbietet.

Natürlich muss die Information über eine MRSA-Besiedelung und den Sanierungszustand im Rahmen der Übergabe und Überleitung erfolgen. Die Information muss jedoch in bestehende Bögen integriert werden und darf nicht zu Extra-Papieren führen.

4. Die Verordnung setzt im Weiteren voraus, dass die Maßnahmen zur Sanierung weder von der Patientin bzw. dem Patienten noch von einer in ihrem oder seinem Haushalt lebenden Person selbstständig durchgeführt werden können. Bei der Prüfung der Voraussetzungen verweisen Sie auf § 1 Abs. 5 (Pflege durch im Haushalt lebende Personen) und hier sei (lt Tragenden Gründen) „allerdings zu beachten, dass Angehörige, für die eine MRSA-Besiedelung aufgrund ihrer eigenen Risikokonstellationen eine gesundheitliche Gefährdung darstellen, **nicht zur Pflege herangezogen** werden können.“ Diese Formulierung ist geeignet, Missverständnisse heraufzubeschwören, etwa bei Ärzten, Krankenkassenmitarbeitern und Versicherten. Denn Angehörige, die im Haushalt leben, können ohnehin nicht gegen den Willen des Patienten oder des Angehörigen verpflichtet werden.

Da wir in der Praxis hier immer wieder Schwierigkeiten feststellen, gestatten Sie uns deshalb folgenden Hinweis: Seine gesetzliche Grundlage hat der Ausschluss von Ansprüchen auf HKP in § 37 Abs.3 SGB V, „soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.“

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die eindeutige Rechtsprechung des BSG:

So ist das Gewähren von Geld- oder Kombinationsleistungen aus der Pflegeversicherung unabhängig von der Gewährung von Leistungen der Krankenversicherung, hier Leistungen gemäß § 37 SGB V. Deshalb ist nicht jede Pflegeperson Angehörige nach § 37 SGB V, sondern nur diejenige, die im Haushalt lebt, das heißt, in die häusliche Gemeinschaft des Versicherten aufgenommen ist. Ein nur besuchsweiser Aufenthalt genügt nicht, die Aufnahme in den Haushalt erfordert eine gewisse Dauer und Beständigkeit. (BSG, SozR 2200 § 185 b Nr. 11)

§ 37 Abs 3 SGB V ist im Weiteren hinter seinem Wortlaut zurückbleibend dahingehend auszulegen, dass der Leistungsausschluss nicht schon dann eingreift, wenn die Hilfe durch Haushaltsangehörige geleistet werden könnte, sondern erst dann, wenn tatsächlich auch Hilfe geleistet wird.

Nach der genannten Vorschrift ist es notwendig, dass eine „im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann“. Das Bundessozialgericht (Urteil vom 30.03.2000, Az.: B 3 KR 23/99 R) fordert, über den Wortlaut hinaus, dass der Angehörige die Behandlungspflege übernehmen kann und will und benützt insoweit den Begriff der aktiven Pflegebereitschaft.

§ 37 SGB V setzt nach BSG-Rechtsprechung weiter voraus, dass es dem Pflegebedürftigen psychisch, physisch, zeitlich und emotional zumutbar ist, von der im selben Haushalt lebenden Person ärztlich verordnete Leistungen verabreicht zu bekommen. Das Bundessozialgericht (Urteil vom 30.03.2000, Az.: B 3 KR 23/99 R) verwendet insoweit den Begriff der passiven Pflegebereitschaft.



Die Formulierung „zur Pflege herangezogen werden können“ lässt die differenzierte BSG-Rechtsprechung außer Acht.

Dauer und Häufigkeit der Maßnahme

1. Die Behandlungsdauer richtet sich nach der **Maßgabe des ärztlichen Sanierungsplanes**. Als Dauer geben Sie 5-7 Tage an. Dabei mag es sich um die Standardsanierung handeln. 5-7 Tage sind im Einzelfall zu kurz, um wirklich einen Sanierungserfolg zu erzielen. Wir halten es deshalb für angezeigt, die Ärzteschaft an dieser Stelle nicht zu beschränken und die Dauer des Sanierungsplans in die Verantwortung des verordnenden Arztes zu legen. Er kann und muss beurteilen, über welchen Zeitraum sich der **individuelle** Sanierungsplan erstrecken sollte.

2. Die Sanierung gilt erst als abgeschlossen, wenn 3 negative Abstriche ehemals positiver Lokalisationen von 3 aufeinander folgenden Tagen vorliegen. Vor diesem Hintergrund ist der **Begründungszwang** nach frustraner Sanierung völlig unverständlich und führt einmal mehr zu weiterer **Bürokratie**.

Dass der Arzt die Gründe eines Misserfolges eruieren wird, darf wohl als gegeben ansehen werden. Es handelt sich dabei aber keinesfalls um Informationen, derer der Kostenträger bedarf. Aus unserer Sicht muss die MRSA-Sanierung als Behandlungspflege so gestaltet werden, dass sie problemlos verordnungsfähig ist, um Erfolge zu erzielen.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit haben wir den Auszug aus dem Leistungsverzeichnis entsprechend unseren Ausführungen beigelegt (Anlage).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

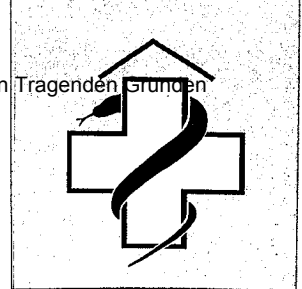
Mit freundlichen Grüßen

Petra Schülke

Stellvertretende Bundesvorsitzende

	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
26a	<p>Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose</p> <p>- Durchführung Sanierung/Eradikation nach ärztlichem Sanierungsplan. Dazu können bei Bedarf insbesondere gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels • Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung • Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen <p>[Position von D und A: zusätzlich folgende 2 Spiegelpunkte:]</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien und Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln bzw. desinfizieren • In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen Anleitung von MRSA-Träger-Patienten und Angehörigen zur Händehygiene; ggf. Übergabe von oder Hinweis auf Aufklärungsbogen für MRSA Kontaktpersonen 	<p>Die Leistung ist verordnungsfähig im Rahmen der vertragsärztlichen abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Trägern mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA).</p> <p>Wird die Eradikationstherapie im Krankenhaus begonnen, kann eine Verordnung zudem unter den Voraussetzungen des § 7 Abs. 5 erfolgen,</p> <p>[Position von B und C: zusätzlich:] sofern die Voraussetzungen für die vertragsärztlich abrechenbare Behandlung und Betreuung der Patienten gegeben sind,</p> <p>um die Nahtlosigkeit der Sanierung sicher zu stellen.</p> <p>[Position von D und A: zusätzlich:] Die Leistung ist auch verordnungsfähig im Rahmen einer Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen.</p> <p>[Position von A: zusätzlich:] Es wird ein MRSA-Sanierungs-Übergabebogen verwendet (MRSA-Sanierungsschema, Dokumentationsbogen).</p>	<p>Dauer nach Maßgabe des ärztlichen Sanierungsplans (5-7 Tage)</p> <p>Neue Erstverordnung nach frustraner Sanierung mit Begründung möglich. Dabei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs zu eruieren.</p>

		<p>Die Verordnung setzt voraus, dass die Patientin bzw. der Patient aufgrund von körperlichen oder geistigen Einschränkungen oder entwicklungsbedingt noch nicht vorhandenen Fähigkeiten nicht in der Lage ist, die im Rahmen der MRSA-Sanierungsbehandlung erforderlichen Maßnahmen mit ärztlicher Einleitung, Anleitung bzw. Überwachung selbst durchzuführen.</p>	
--	--	--	--



B.A.H.
Bundesarbeitsgemeinschaft
Hauskrankenpflege e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Cicerostraße 37
10709 Berlin

B.A.H. – Cicerostraße 37 – 10709 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Fr. Dr. Dege
Postfach 120606

10596 Berlin

vorab per Email: hkp@g-ba.de

Telefon (030) 369 92 45 - 0
Telefax (030) 369 92 45 - 15

Berlin, den 19.06.2013.

**Betreff: Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen
Bundesausschusses vor einer Änderung der Häusliche Krankenpflege-
Richtlinie: Nr. 26 a des Leistungsverzeichnisses – MRSA-Eradikationstherapie**

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Frau Dr. Dege,

wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu den im Schreiben vom 17. Mai 2013 enthaltenen Änderungsvorschlägen betreffend die Richtlinie über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und 7 SGB V hier: Einführung der MRSA-Eradikationstherapie.

Die B.A.H. begrüßt die beabsichtigte Erweiterung des Richtlinienkataloges, die dem gesetzlichen Auftrag folgt.

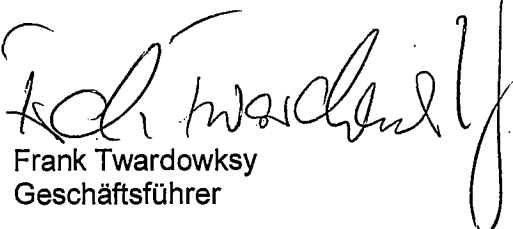
In dem Beschlussentwurf werden unterschiedliche Positionen zur Indikation bzw. zur Verordnungsvoraussetzung und zum Umfang bzw. zur Durchführung der Maßnahmen zusammengefasst. Wir sind der Auffassung, dass zur Abbildung der meisten Fallkonstellationen die in der Leistungsbeschreibungs- und Bemerkungsspalte jeweils zusätzlich ausgewiesenen Positionen allesamt geeignet sind.

Wir empfehlen, dass im Bemerkungsfeld folgender Satz zum notwendigen Einsatz der Schutzkleidung für Pflegekräfte, u.a. gem. der Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes (RKI), aufgenommen wird, da ansonsten das Ziel der therapeutischen Maßnahme aufgrund der „Beschaffungsfrage“ gefährdet erscheint:

„Die dafür erforderlichen Mittel, auch die Schutzkleidung der Pflegekräfte ist zu Lasten der GKV ordnungsfähig.“

Darüber hinaus haben wir zu der jeweiligen Leistungsbeschreibung und der Dauer und Häufigkeit in der vorliegenden Form keine weiteren Anmerkungen.

Mit freundlichen Grüßen
B.A.H. e. V.


Frank Twardowksy
Geschäftsführer


Thorsten Mittag
Referent für Bundesangelegenheiten



Stellungnahme des PARITÄTISCHEN gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgeschlagenen Änderungen der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Nr. 26a des Leistungsverzeichnisses – MRSA-Eradikationstherapie

(Stand: 17.06.2013)

Der Paritätische Gesamtverband e.V. ist Dachverband für über 10.000 rechtlich selbständige Mitgliedsorganisationen. Diese sind in allen Bereichen der sozialen Arbeit tätig, z.B. als Träger von Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und Pflege oder für Menschen mit Behinderungen.

Der Paritätische Gesamtverband nimmt die vorgesehene Möglichkeit zur Stellungnahme zu der Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie bezüglich der Änderung der Nummer 26a des Leistungsverzeichnisses wie folgt wahr.

Der Beschlussentwurf des G-BA sieht eine Erweiterung des Leistungsverzeichnisses durch die Ergänzung der Nummer 26a MRSA-Eradikationstherapie vor. Diese Ergänzung des Leistungsverzeichnisses begrüßt der Paritätische Gesamtverband.

Deutschlandweit ist ein massiver Anstieg des von MRSA betroffenen Personenkreises zu verzeichnen. Zwanzig bis dreißig Prozent dieser nosokomialen Infektionen und Todesfälle wären, laut Pressemeldung des Bundesministeriums für Gesundheit im Juli 2011, durch eine bessere Einhaltung von bekannten Regeln der Infektionshygiene vermeidbar.

Die Einhaltung dieser Regeln ist ein bedeutender Teil der MRSA-Sanierungsmaßnahme. Hierzu zählt beispielsweise auch der Austausch von Textilien nach der Durchführung der antiseptischen Körperpflegemaßnahmen. Die Durchführung einer MRSA-Eradikationstherapie ist unter anderem auf Grund der Hygienevorschriften sehr zeitintensiv. Dies ist im Rahmen der Leistungs- und bei der Durchführungsbeschreibung zu beachten.

Der Paritätische schlägt folgende zusammenführende Formulierungen der Positionen A bis D vor:

1. Leistungsbeschreibung:

Ergänzung der Leistungsbeschreibung unter dem Punkt Durchführung der Sanierung um den Punkt:

- Begleitende Maßnahmen wie der Wechsel von Textilien (Bettwäsche, persönliche Wäsche der Betroffenen) nach der Durchführung der

antiseptischen Körperpflegemaßnahme und die Verwahrung und/ oder das Waschen bei mindestens 60°C der Textilien.

Streichung des Satzes: „Dabei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs zu eruieren“ unter Dauer und Häufigkeit. Dieser Satz ist zu streichen, da zwar ein Misserfolg anhand eines Abstrichs nachgewiesen werden kann, die Gründe hierfür jedoch nicht.

Streichung der Sätze unter Bemerkung:

- Sofern die Voraussetzungen für die vertragsärztlich abrechenbare Behandlung und die Betreuung der Patienten gegeben sind.
- Es wird ein MRSA Sanierungs-Übergabebogen verwendet.

Ein ambulanter Dienst hat keinen Einfluss darauf, ob ein Krankenhaus einen solchen Übergabebogen einsetzt oder der Vertragsarzt eine Abrechnungsberechtigung erworben hat. Da beides nicht in der Verantwortung des ambulanten Dienstes liegen kann, müssen diese Sätze gestrichen werden.

2. Verordnungsvoraussetzungen:

Die Verordnung der häuslichen Krankenpflege durch einen Vertragsarzt bzw. eine Vertragsärztin ist möglich, wenn folgende Risikokriterien erfüllt sind:

- Patient mit positivem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)-Nachweis in der Anamnese und/oder
- Patient mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - ✓ Chronische Pflegebedürftigkeit (mind. Stufe 1)
 - ✓ Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten
 - ✓ Liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde)
 - ✓ Dialysepflichtigkeit,
 - ✓ Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.

Sie ist zusätzlich auch verordnungsfähig im Rahmen einer Sanierungsbehandlung im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen.

Eine Verordnung kann ferner durch eine Krankenhausärztin oder einen Krankenhausarzt erfolgen, wenn die Eradikationstherapie vor Entlassung des Patienten bzw. der Patientin im Krankenhaus begonnen wurde und eine nahtlose Fortsetzung der Therapie durch die Verordnung der häuslichen Krankenpflege sichergestellt werden soll, soweit die vorgenannten Voraussetzungen vorliegen. Es gelten die Voraussetzungen des § 7 Abs. 5 HKP-RL.

Die Verpflichtung zur Verwendung eines MRSA Übergabebogens besteht nicht, da dies in der Verantwortung des Krankenhauses liegt.

Die Verordnung setzt voraus, dass die Maßnahmen zur Sanierung weder von der Patientin bzw. dem Patienten noch von einer in ihrem oder seinem Haushalt lebenden Person selbstständig durchgeführt werden können. In der Regel besteht für gesunde Angehörige eines MRSA-Trägers keine hohe Ansteckungsgefahr.

Bei der Prüfung der Voraussetzungen des § 1 Abs. 5 (Pflege durch im Haushalt lebende Personen) ist allerdings zu beachten, dass Angehörige, für die eine MRSA-Besiedelung aufgrund ihrer eigenen Risikokonstellationen eine gesundheitliche Gefährdung darstellen kann, nicht zur Pflege herangezogen werden können.

3. Durchführung der Maßnahme:

Die Durchführung der Sanierung durch die häusliche Krankenpflege erfolgt entsprechend dem Sanierungsplan, der vom Arzt bzw. der Ärztin auf der Verordnung aufgestellt wird. Das Erfordernis der einzelnen Maßnahmen ist demnach auch abhängig von dem Ergebnis der Erhebung des Kolonisationsstatus (Screening von Nasenvorhof, Rachen, Achseln, Leiste, Rektum, Wunde etc.) und der individuell abzuwägenden Anpassung der Behandlung durch den Arzt bzw. die Ärztin vor der Behandlung. Entsprechend werden gegebenenfalls auch nicht alle der im Leistungsverzeichnis aufgelisteten möglichen Maßnahmen im Rahmen der Sanierungsbehandlung in jedem Fall durchzuführen sein.

Bei der Gruppe von Patienten, bei denen HKP erwogen werden könnte, liegen nicht selten Faktoren vor, die den Erfolg einer MRSA-Eradikationstherapie nachteilig (bis hin zum Misserfolg) beeinflussen können. Zu solchen eradikationshemmenden Faktoren zählen beispielsweise Dialysepflichtigkeit, Katheter (HWK, PEG, etc.), MRSA-selektierende antibiotische Therapie, Hautulcus, Haut- und Weichgewebeinfektion, Wunden. Bei der Indikationsstellung zur MRSA-Eradikationstherapie im Vorfeld der Verordnung von HKP sind daher eradikationshemmende Faktoren zu berücksichtigen.

Die Behandlungsdauer richtet sich nach der Maßgabe des ärztlichen Sanierungsplanes (5-7 Tage). Eine neue Verordnung (als Erstverordnung, da aufgrund der Abstrichnahme und der dadurch bedingten Unterbrechung der Sanierung keine durchgängige Versorgung mit Leistungen der HKP erfolgt) ist nach frustrierender Sanierung mit Begründung möglich.

Ein täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.ä.) ist entscheidend, um eine Rekolonisierung während der Sanierungsmaßnahmen zu verhindern. Dies ist insbesondere nach antiseptischer Ganzkörperdekolonisation erforderlich. Persönliche Gegenstände (Brillen, Rasierer, Zahnbürsten etc.) werden desinfiziert oder ausgetauscht. Diese Anforderung geht über die normalen Anforderungen, die an die Hygiene eines Haushaltes gestellt werden können, klar hinaus. Diese Maßnahmen, bilden einen substantiellen Bestandteil der MRSA-Standardsanierung und sichern den Behandlungserfolg des ärztlichen Behandlungsplanes. Sie stellen daher gemeinsam mit den sonstigen zu verordnenden Maßnahmen für den Sanierungsprozess eine zusammenhängende Komplexleistung dar, die im Rahmen der Behandlungspflege erbracht werden kann.

Forderung:

- Umsetzung des zusammengeführten Formulierungsvorschlags.
- Eine Trennung der Vergütungsvereinbarung für die ärztlichen Leistungen gemäß § 87 Abs. 2a SGB V und der ärztlich verordneten Leistung der MRSA-Eradikationstherapie für ambulante Dienste ist zwingend notwendig.
- Die Eradikationstherapie muss für die betroffenen Patienten verordnungsfähig und für die beauftragten Pflegedienste abrechenbar sein und zwar unabhängig davon,
 - o ob der verordnende Arzt sich am FAQs MRSA Programm seiner KV beteiligt oder nicht oder
 - o ob das überleitende Krankenhaus einen Überleitungsbogen verwendet oder nicht.
- Ausschlaggebend für die Verordnungsfähigkeit als HKP-Leistung muss ausschließlich die Eradikationstherapie der Patienten sein, die selbst zur Durchführung der notwendigen Maßnahmen aus den o.g. Gründen nicht mehr in der Lage sind.

Berlin, den 17.06.2013

Ansprechpartnerin:

Sabrina Weiss, Referentin für Altenhilfe und Pflege altenhilfe@paritaet.org

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Postfach 12 06 06
10596 Berlin

per E-Mail: hkp@g-ba.de

Bundesverband e. V.
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Telefon (030) 219 15 70
Telefax (030) 219 15 777
www.dbfk.de
dbfk@dbfk.de

Berlin, 18.06.2013

Stellungnahme des deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe – Bundesverband e.V. (DBfK) zur Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL): Nr. 26a des Leistungsverzeichnisses: MRSA-Eradikationstherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Zusendung der o.g. Unterlagen.

Grundsätzlich begrüßt der DBfK die Einführung einer Regelung zur MRSA Eradikationstherapie. Bezüglich des Beschlusentwurfs nehmen wir wie folgt Stellung:

Beschlusentwurf/ Leistungsbeschreibung:

Wir schlagen vor, ergänzend zu „Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels“ den Hinweis

- *3x täglich über mindestens 5 Tage in beiden Nasenvorhöfen¹*

mit aufzunehmen.

Die zusätzliche Position von D und A:

„- In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien und Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln bzw. desinfizieren

- In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen Anleitung von MRSA-Träger-Patienten und Angehörigen zur Händehygiene; ggf. Übergabe von oder Hinweis auf Aufklärungsbogen für MRSA-Kontaktpersonen“

tragen wir mit.

¹ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V.(DGKH): Maßnahmenplan beim Auftreten von MRSA, Stand 03/2002: http://www.dgkh.de/pdfdata/empfehlung_mrsa.pdf (abgerufen am 07.06.13)

Zudem schlagen wir vor, ergänzend einzufügen:

- *Bettwäsche und persönliche Wäsche inkl. Frotteewäsche der betroffenen Person nach der Durchführung der antiseptischen Körperpflegemaßnahmen wechseln und Wäsche bei mindestens 60°C waschen*²

- *Desinfektion von köpernah getragenen Gegenständen (Brille, Hörgerät, Zahnprothese)*³

Begründung: Wir orientieren unsere Stellungnahme am aktuell zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Stand der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH). Demnach tragen die von uns zusätzlich aufgeführten Leistungen maßgeblich zur Sanierung von MRSA-Trägern bei.

Beschlussentwurf/ Bemerkung:

Wir schlagen vor, das Wort „abrechenbaren“ im ersten Satz zu streichen.

Wir lehnen die zusätzliche Position von B und C:

„sofern die Voraussetzungen für die vertragsärztlich abrechenbare Behandlung und Betreuung der Patienten gegeben sind“

ab.

Die zusätzliche Position von D und A:

„Die Leistung ist auch verordnungsfähig im Rahmen einer Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen.“

tragen wir mit.

Die zusätzliche Position von A:

„Es wird ein MRSA-Sanierungs-Übergabebogen verwendet (MRSA-Sanierungsschema, -Dokumentations-bogen).“

lehnen wir ab.

Begründung: Eine Anknüpfung an die „Vergütungsvereinbarung für ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V “ lehnen wir entschieden ab.

Für den Pflegedienst ist es nicht erkennbar, ob ein Vertragsarzt die sogenannte „MRSA-Genehmigung“ bei seiner Kassenärztlichen Vereinigung erworben hat oder nicht. Wenn die Verordnungsfähigkeit an die ärztliche Vergütung geknüpft wird, kommt dies einem

² ebd.

³ ebd.

Leistungsausschluss gleich, da nur wenige Vertragsärzte das Zertifizierungsverfahren durchlaufen haben.

Die Verordnungsfähigkeit als HKP-Leistung muss daher ausschließlich auf die medizinische Notwendigkeit der Sanierung abgestellt sein!

Ein MRSA-Sanierungs-Übergabebogen ist unseres Erachtens wichtig, darf aber nicht zur Grundlage der Finanzierung der Sanierung gemacht werden. Der Pflegedienst hat keinen Einfluss darauf, ob ein solcher Bogen durch das Krankenhaus ausgefüllt wird oder nicht.

Beschlussentwurf/ Dauer und Häufigkeit der Maßnahme:

Wir schlagen vor, den Satz

„Dabei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs zu eruieren.“

zu streichen.

Begründung: Die Gründe eines Misserfolgs können, wie der G-BA selbst in seinen Tragenden Gründen feststellt, vielseitig sein. Eine genaue Begründung, wodurch die Erstverordnung frustriert verlief, ist daher kaum möglich. Eine Verpflichtung zur Eruierung ist daher obsolet.

Wir bitten Sie, die von uns vorgebrachten Anmerkungen zu berücksichtigen und stehen Ihnen für weitere Fragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,



Franz Wagner
Bundesgeschäftsführer



Amelie Jansen
Referentin



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher
Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), Nr. 26a des
Leistungsverzeichnisses: MRSA-Eradikationstherapie

Berlin, 19.06.2013

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 17.05.2013 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu der vorgesehenen Änderung des Leistungsverzeichnisses der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, HKP-RL) bezüglich der Hinzufügung einer Nr. 26a „Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose“ in das Leistungsverzeichnis aufgefordert.

Das Leistungsverzeichnis ist eine Anlage der HKP-Richtlinie und enthält die verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege.

Hintergrund der Änderung ist die im Zuge des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) zum 1. Oktober 2012 erteilte Beauftragung des G-BA, in der HKP-Richtlinie näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) zu regeln (s. § 92 Abs. 7 Nr. 4 SGB V). Laut den zum Beschlussentwurf gehörenden tragenden Gründen beabsichtigt der Gesetzgeber mit dieser Regelung, die bereits durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes getroffenen Regelungen zur Bekämpfung resistenter Erreger, insbesondere die Regelung betreffend ärztlicher Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-Trägern, zu ergänzen.

Der Beschlussentwurf und die tragenden Gründe weisen an mehreren Stellen unterschiedliche Positionen (gekennzeichnet mit A, B, C, und D) der im zuständigen Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ vertretenen Verhandlungsparteien aus, die sowohl die Verordnungsfähigkeit als auch die Durchführung der Maßnahmen betreffen.

Bei der Leistungsbeschreibung besteht Uneinigkeit, ob zu den drei vorhandenen Spiegelpunkten, die die Leistung näher erläutern und sich dabei auf die antibakterielle Eradikation/Dekontamination von Haut und Haaren sowie der Schleimhäute von Nase, Mund und Rachen der Patienten beziehen, zwei weitere Spiegelpunkte hinzuzufügen sind. Danach würden zu der Sanierung bei Bedarf insbesondere auch der tägliche Wechsel bzw. die Desinfektion von Textilien und Gegenständen, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, sowie die Anleitung/Aufklärung von Patienten und Angehörigen zur Händehygiene zählen.

Des Weiteren gibt es verschiedene Vorschläge, die zur Leistungsbeschreibung gehörenden Bemerkungen in der Anlage zu erweitern. Zwei dieser Vorschläge zielen darauf ab, die Verordnungsfähigkeit der Leistung noch näher zu charakterisieren, eine dritte Ergänzung sieht die Verwendung eines MRSA-Sanierungs-Übergabebogens vor. Die unterschiedlichen Positionen zu Leistungsumfang und Verordnungsfähigkeit werden in den tragenden Gründen noch weiter ausgeführt.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt die geplante Umsetzung des gesetzlichen Auftrags, näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von MRSA-Trägern zu regeln, um auch auf diese Weise der Ausbreitung von MRSA entgegenzuwirken.

Zu den im Detail dissidenten Punkten des Beschlussentwurfs hat die Bundesärztekammer folgende Hinweise:

- Aufnahme des Spiegelpunkts *„In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien und Gegenstände, die mit Haut oder*

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln bzw. desinfizieren“ in die Leistungsbeschreibung.

- Für die Ausgestaltung und die Rahmenbedingungen einer Behandlung von MRSA-positiven Patienten im häuslichen Bereich bieten die Empfehlungen „Infektionsprävention in Heimen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut (1) eine Orientierung. Unter Beachtung dieser Empfehlungen erscheint die Aufnahme begleitender Maßnahmen zur Unterstützung des Sanierungserfolges gerechtfertigt. Ein täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege ist vielleicht nicht unbedingt „entscheidend“, wie in den tragenden Gründen formuliert, um eine Rekolonisierung während der Sanierungsmaßnahmen zu verhindern, aber fraglos sinnvoll. Dies wird auch in einem Merkblatt der KBV/der KVen zum MRSA-Sanierungsschema (2) explizit ausgeführt.
- Aufnahme des Spiegelpunkts *„In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen Anleitung von MRSA-Träger-Patienten und Angehörigen zur Händehygiene; ggf. Übergabe von oder Hinweis auf Aufklärungsbogen für MRSA-Kontaktpersonen“* in die Leistungsbeschreibung.
 - Die Bedeutung der Händehygiene bei der Übertragung von Infektionserregern ist laut den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut unbestritten (1) und wird in einem weiteren Merkblatt der KBV/der KVen zum Umgang mit MRSA in der ambulanten Pflege als die wichtigste Maßnahme zur Verhinderung der MRSA-Übertragung eingestuft (3). Patienten und deren Angehörige, bei denen keine professionellen Vorkenntnisse von Hygiene- und Pflegemaßnahmen vorausgesetzt werden können, sollten daher durch geeignete Hinweise sensibilisiert bzw. angeleitet werden. Dementsprechend erscheint auch diese Ergänzung der Leistungsbeschreibung gerechtfertigt.
- Einfügung einer Einschränkung in die Bemerkungen zur Leistungsbeschreibungen wie folgt: *„Wird die Eradikationstherapie im Krankenhaus begonnen, kann eine Verordnung zudem unter den Voraussetzungen des § 7 Abs. 5 erfolgen, **sofern die Voraussetzungen für die vertragsärztlich abrechenbare Behandlung und Betreuung der Patienten gegeben sind, um die Nahtlosigkeit der Sanierung sicher zu stellen.**“*
 - Die Einfügung eines Verweises auf die Abrechnungsfähigkeit der Behandlung im vertragsärztlichen Bereich ist vor dem Hintergrund der Anfang 2012 verabschiedeten entsprechenden Vergütungsvereinbarung (4) naheliegend. Es sollte aber sichergestellt sein, dass eine solche Querverbindung die Zielerreichung von möglichst häufigen und flächendeckenden Durchführungen von MRSA-Eradikationstherapien nicht verlangsamt. Die Sicherstellung einer nahtlosen Sanierung würde zumindest derzeit durch die Einfügung des Verweises auf die Abrechnungsmöglichkeit stark relativiert werden, da die Abrechnungsmöglichkeit laut der Vergütungsvereinbarung u. a. an eine besondere Qualifikation des Vertragsarztes gebunden ist. Laut § 7 Abs. 5 HKP-PL soll der Krankenhausarzt den weiter behandelnden Vertragsarzt rechtzeitig über die Maßnahme informieren. Bei dieser Gelegenheit könnte sich der Krankenhausarzt zwar seinerseits über die Qualifikation des Vertragsarztes informieren. Würde er dann feststellen, dass eine solche Qualifikation nicht vorliegt, müsste die Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus entweder verschoben werden, oder der Krankenhausarzt müsste sich auf die Suche nach geeigneten, alternativen Vertragsärzten begeben. Ein solches Vorgehen erscheint

wenig alltagstauglich und wäre für eine MRSA-Eradikationsstrategie im Sinne von „*search and destroy*“ nach niederländischem Vorbild, wie sie etwa im in den tragenden Gründen erwähnten EUREGIO-Projekt „MRSA-net“ dargestellt wird, nicht förderlich. Solange zuverlässige Informationen über die Anzahl der im Sinne der Vereinbarung qualifizierten Vertragsärzten nicht vorliegen und eine flächendeckende Verfügbarkeit nicht gewährleistet werden kann, sollten keine daran gekoppelten Einschränkungen in der Richtlinie verankert werden. Auf die Einfügung des Nebensatzes in Satz 2 der „Bemerkungen“-Spalte sollte daher verzichtet werden.

- Aufnahme einer zusätzlichen Bemerkung zur Leistungsbeschreibung: *„Die Leistung ist auch verordnungsfähig im Rahmen einer Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen.“*
 - Im Bemühen um eine Beherrschung der MRSA-Problematik ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit anzustreben. Eine MRSA-Sanierung im Vorfeld einer elektiven Prozedur im Krankenhaus trägt dem Umstand Rechnung, dass das Gefährdungspotential einer MRSA-Übertragung im Krankenhaus deutlich höher zu bewerten ist als in anderen Bereichen. Insofern erscheint eine Verordnungsfähigkeit auch im Vorfeld geplanter Eingriffe zweckmäßig und sollte mit einer entsprechenden Vergütungsfähigkeit einhergehen.
- Aufnahme einer weiteren, zusätzlichen Bemerkung zur Leistungsbeschreibung: *„Es wird ein MRSA-Sanierungs-Übergabebogen verwendet (MRSA-Sanierungsschema, -Dokumentationsbogen).“*
 - Die Verwendung eines Übergabebogens wird allgemein empfohlen und in mehreren Formen angeboten, neben den Angeboten in diversen regionalen Netzwerken auch von den KVen (2). Im Sinne eines unterstützenden Hinweises kann in der Richtlinie durchaus nochmals darauf hingewiesen werden, in der Spalte „Bemerkungen“ dann allerdings nicht als Anweisung, sondern tatsächlich nur als Hinweis, etwa wie folgt: *„Die Verwendung von MRSA-Sanierungs-Übergabebögen wird empfohlen.“* Eine verpflichtende Verwendung wäre dagegen allein schon unter dem Aspekt von verordnungsinduzierten Bürokratiekosten sorgfältig abzuwägen.

Die Position der Bundesärztekammer zu den dissidenten Punkten in den tragenden Gründen der Richtlinienänderung ergibt sich weitgehend aus den bisherigen Ausführungen.

- Unter dem Abschnitt 2.1 „Versorgungsvoraussetzungen“ unterstützt die Bundesärztekammer die als „Position von D“ gekennzeichnete Fassung *„Die Verordnung der häuslichen Krankenpflege durch einen Vertragsarzt bzw. eine Vertragsärztin ist möglich im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Trägern mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)“*. Auch hier gilt, dass der Verweis auf parallel existierende Kriterien für die Abrechnungsfähigkeit und deren Darstellung nachvollziehbar sind, die Richtlinie aber kein Spiegelbild der Abrechnungskonditionen im Detail sein muss. Analog zur Frage der Bedingungen zur Weiterführung einer stationär begonnenen Sanierung im vertragsärztlichen Bereich sollte vielmehr auch hier gelten, das Ziel der breiten Bekämpfung von MRSA-Infektionen möglichst frei von administrativen Einschränkungen zu gestalten. Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte grundsätzlich jeder Vertragsarzt durch seine Facharztkompetenz befähigt sein, eine solche Verordnung auszustellen.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

- Der als „Position von A und D“ gekennzeichnete Hinweis beginnend mit *„Diese Gefährdung besteht vor allem bei Menschen, ...“* sollte im Sinne einer Präzisierung zu dem Aspekt der Pflege durch im Haushalt lebenden Personen in die tragenden Gründe aufgenommen werden.
- Die im Abschnitt 2.2 „Durchführung der Maßnahmen“ unter „Position von B“ vorgeschlagene Erläuterung zur Verordnungsfähigkeit von OTC-Arzneimitteln *„Bezüglich der Sanierung nach ärztlichem Sanierungsplan sind die entsprechenden Voraussetzungen für die Verordnungsfähigkeit von OTC-Arzneimitteln und Medizinprodukten zu Lasten der GKV in den Anlagen I und V der Arzneimittel-Richtlinie noch nicht geschaffen worden, weil entsprechende Anträge noch nicht gestellt wurden“* kann als ergänzende Hintergrundinformation aufgefasst werden, die allerdings über eine Erläuterung der unmittelbaren Richtlinieninhalte hinausgeht. Sofern daran festgehalten wird, könnte die Verständlichkeit noch erhöht werden, indem die Bedeutung der nicht unbedingt allgemeinverständlichen Aussage *„weil entsprechende Anträge noch nicht gestellt wurden“* durch Einfügen etwa von *„... von Herstellern solcher Arzneimittel oder Medizinprodukte beim G-BA“* hinter dem Wort *„Anträge...“* erklärt wird.

Fazit

Die Bundesärztekammer begrüßt die Ergänzung der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege als wichtigen Teilschritt zur Bekämpfung der MRSA-Problematik. Alle Maßnahmen, welche die Dekolonisation von MRSA-Trägern fördern, sind zu nutzen, insbesondere an den Schnittstellen zwischen stationärem, ambulantem und häuslichem Bereich. Die Voraussetzungen zur Abrechnungsfähigkeit solcher Maßnahmen im vertragsärztlichen Bereich sollten so gestaltet sein, dass das Ziel der Vermeidung lebensbedrohlicher MRSA-Infektionen auf breiter Ebene Unterstützung finden kann.

Berlin, 19.06.2013



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3 - Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Literatur

1. Infektionsprävention in Heimen - Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2005, 48:1061–1080:
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Heimp_Rili.pdf?_blob=publicationFile
2. Informationsblatt zum MRSA-Sanierungsschema und Übergabebogen. KBV et al. 2013:
<http://www.kbv.de/40443.html>
3. Informationsblatt zum Umgang mit MRSA in der Arztpraxis und bei Hausbesuchen. KBV et al. 2013:
<http://www.kbv.de/40443.html>
4. Anhang zur Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V. Dtsch Arztebl 2012; 109(3): A-110 / B-102 / C-102: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/119027/Anhang-zur-Verguetungsvereinbarung-fuer-aerztliche-Leistungen-zur-Diagnostik-und-ambulanten-Eradikationstherapie-von-Traegern-mit-dem-Methicillin-resistenten-Staphylococcus-aureus-%28MRSA%29-in-der-vertra?src=search>

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 120606

10596 Berlin

vorab per E-Mail an: hkp@g-ba.de

Hannover, 29.05.2013

Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, hier:MRSA-Erradikationstherapie; Ihr Schreiben vom 17.05.2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für den mit o.g. Schreiben übersandten Beschlussentwurf nebst Beschlussbegründung und die Möglichkeit der Stellungnahme.

Wir begrüßen die Einführung einer durch § 92 Abs. 7 SGB V notwendig gewordenen Position zur MRSA-Eradikationstherapie.

Inhaltlich teilen wir die Ergänzungen (D/A) zur Leistungsbeschreibung.

Die Einschränkungen von (B/C) unter Bemerkungen werden für nicht notwendig erachtet.

Die ergänzende Position von (D/A) unter Bemerkungen teilen wir.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr APH Bundesverband e.V.

Timo Stein
Bundesgeschäftsführer

Christian Krinke
Referent



**Stellungnahme des AWO Bundesverbandes
zur Änderung der Häusliche Krankenpflege-
Richtlinie (HKP-RL): Nr. 26a des Leistungsverzeich-
nisses – MRSA-Eradikationstherapie**

04.06.2013

Die AWO ist Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege und bietet in über 1100 teil- und vollstationären Einrichtungen Alten- und Behindertenhilfe an. Hier werden täglich mehr als 77.000 Menschen betreut.

Die AWO bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme und hat zu dem Änderungsvorschlag seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Richtlinien "Häusliche Krankenpflege" folgende Anmerkungen:

Der Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sieht vor, dass Leistungen der Nr. 26a bzgl. der Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit einer gesicherten Diagnose neu aufgenommen werden sollen. Laut G-BA-Beschlussentwurf gibt es hinsichtlich der konkreten Umsetzung aber selbst im Bundesausschuss unterschiedliche Auffassungen, die mit den Positionen A bis D gekennzeichnet sind.

Die AWO begrüßt die Initiative des G-BA, die MRSA-Eradikationstherapie in das Leistungsverzeichnis der HKP-Richtlinie aufzunehmen. Für die gesamte Bundesrepublik liegt die MRSA-Inzidenz derzeit bei knapp über 5 pro 100.000 Einwohner. Das allein zeigt deutlich, welche hohe Bedeutung schon auf der quantitativen Ebene MRSA und die notwendigen therapeutischen Maßnahmen hat. Das gilt insbesondere auch für den ambulanten Bereich. Nach unserer Einschätzung benötigen wir speziell in der ambulanten Versorgung weitestgehende Möglichkeiten der Sanierungsmaßnahmen von MRSA-Trägern.

Vor diesem Hintergrund positioniert sich der AWO Bundesverband wie folgt:

Verordnungsvoraussetzungen:

1. Die Verordnung der häuslichen Krankenpflege durch einen Vertragsarzt bzw. eine Vertragsärztin ist möglich im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Trägern mit Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA).
2. Sie ist zusätzlich auch verordnungsfähig im Rahmen einer Sanierungsbehandlung im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen.
3. Eine Verordnung kann ferner durch eine Krankenhausärztin oder einen Krankenhausarzt erfolgen, wenn die Eradikationstherapie vor Entlassung des Patienten bzw. der Patientin im Krankenhaus begonnen wurde und eine nahtlose Fortsetzung der Therapie durch die Verordnung der häuslichen Krankenpflege sichergestellt werden soll. Es gelten die Voraussetzungen des § 7 Abs. 5 HKP-RL.
4. Die Verordnung setzt voraus, dass die Maßnahmen zur Sanierung weder von der Patientin bzw. dem Patienten noch von einer in ihrem oder seinem Haushalt lebenden Person selbstständig durchgeführt werden können. In der Regel besteht für gesunde Angehörige eines MRSA-Trägers keine hohe Ansteckungsgefahr.
5. Bei der Prüfung der Voraussetzungen des § 1 Abs. 5 (Pflege durch im Haushalt lebende Personen) ist allerdings zu beachten, dass Angehörige, für die eine MRSA-Besiedelung aufgrund ihrer eigenen Risikokonstellationen eine gesundheitliche Gefährdung darstellen kann, nicht zur Pflege herangezogen werden können.

Durchführung der Maßnahmen:

1. Die Durchführung der Sanierung durch die häusliche Krankenpflege erfolgt entsprechend dem Sanierungsplan, der vom Arzt bzw. der Ärztin auf der Verordnung aufgestellt wird. Das Erfordernis der einzelnen Maßnahmen ist demnach auch abhängig von dem Ergebnis der Erhebung des Kolonisationsstatus (Screening von Nasenvorhof, Rachen, Achseln, Leiste, Rektum, Wunde etc.) und der individuell abzuwägenden Anpassung der Behandlung durch den Arzt bzw. die Ärztin vor der Behandlung. Entsprechend werden gegebenenfalls auch nicht alle der im Leistungsverzeichnis aufgelisteten möglichen Maßnahmen im Rahmen der Sanierungsbehandlung in jedem Fall durchzuführen sein.
2. Bei der Gruppe von Patienten, bei denen HKP erwogen werden könnte, liegen nicht selten Faktoren vor, die den Erfolg einer MRSA-Eradikationstherapie nachteilig (bis hin zum Misserfolg) beeinflussen können. Zu solchen eradikationshemmenden Faktoren zählen beispielsweise Dialysepflichtigkeit, Katheter (HWK, PEG, etc.), MRSA-selektierende antibiotische Therapie, Hautulcus, Haut- und Weichgewebeinfektion, Wunden. Bei der Indikationsstellung zur MRSA-Eradikationstherapie im Vorfeld der Verordnung von HKP sind daher eradikationshemmende Faktoren zu berücksichtigen.
3. Die Behandlungsdauer richtet sich nach der Maßgabe des ärztlichen Sanierungsplanes (5-7 Tage). Eine neue Verordnung (als Erstverordnung, da aufgrund der Abstrichnahme und der dadurch bedingten Unterbrechung der Sanierung keine durchgängige Versorgung mit Leistungen der HKP erfolgt) ist nach frustraner Sanierung mit Begründung möglich. Dabei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs und die sanierungshemmenden Faktoren zu eruieren.
4. Ein täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.ä.) ist entscheidend, um eine Rekolonisierung während der Sanierungsmaßnahmen zu verhindern. Dies ist insbesondere nach antiseptischer Ganzkörperdekolonisation erforderlich. Persönliche Gegenstände (Brillen, Rasierer, Zahnbürsten etc.) werden desinfiziert oder ausgetauscht. Diese Anforderung geht über die normalen Anforderungen, die an die Hygiene eines Haushaltes gestellt werden können, klar hinaus. Diese Maßnahmen, bilden einen substantiellen Bestandteil der MRSA-Standardsanierung und sichern den Behandlungserfolg des ärztlichen Behandlungsplanes. Sie stellen daher gemeinsam mit den sonstigen zu verordnenden Maßnahmen für den Sanierungsprozess eine zusammenhängende Komplexleistung dar, die im Rahmen der Behandlungspflege erbracht werden kann.

AWO Bundesverband
Berlin, den 24.04.2013

Stellungnahme

des

Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. –

bpa

zum

**Beschlussentwurf
des Gemeinsamen Bundesausschusses
vom 16. Mai 2013
über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens
vor einer Entscheidung zur Änderung der
Häuslichen Krankenpflege-Richtlinien:**

- Nr. 26a des Leistungsverzeichnisses: MRSA-Eradikationstherapie

Berlin, den 19.06.2013

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Mai 2013 eine Änderung der Richtlinie Häusliche Krankenpflege beschlossen und den bpa zu einer Stellungnahme aufgefordert. Der bpa bedankt sich für die Berücksichtigung und nimmt zu der Änderung in Folge Stellung.

Der Beschlussentwurf des G-BA sieht vor, die Nummer 26a - MRSA-Eradikationstherapie in das Leistungsverzeichnis aufzunehmen. Hierzu wurden verschiedene Positionen / Formulierungsvarianten vorgelegt. Leider wurden die Hintergründe für die Auflistung der unterschiedlichen Positionen (A – D) bzw. der erfolgte Diskussionsverlauf nicht nähergehend erläutert und begründet.

Zur Positionsnummer 26 a, MRSA-Eradikationstherapie:

Grundsätzlich ist eine erfolgreiche Sanierung / Eradikation von MRSA Trägern in der Häuslichkeit von der Durchführung der erforderlichen Maßnahmen abhängig, die wiederum in Abhängigkeit zu dem relevanten Personenkreis stehen. Dieser ist in der Regel bei vorliegender Multimorbidität oder Pflegebedürftigkeit sowie fehlender Compliance nicht oder nur begrenzt in der Lage, die Maßnahmen selbstständig durchzuführen. Die Betroffenen und Angehörigen sind daher anzuleiten. Hierbei spielt deren Compliance eine wesentliche Rolle. Zudem bedarf es der Übernahme einzelner Behandlungs- wie ggf. Grundpflegemaßnahmen, um die ärztliche Behandlung krankenflegerisch zu unterstützen.

Die Leistung(sbeschreibung) muss daher folgende Maßnahmen berücksichtigen:

- die Aufklärung des Patienten und der Angehörigen,
- die Anleitung des Patienten / der Angehörigen zur Verbesserung der Compliance,
- die Übernahme / Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern.

Zu der Leistungsbeschreibung:

Die Positionen von D und A, zu der zusätzlichen Aufnahme der angeführten Spiegelpunkte wird unterstützt. Diese begleitenden Maßnahmen sind während einer MRSA-Sanierung immer zu beachten. Nach der Sanierung des Patienten müssen sämtliche patientennahe Gegenstände desinfiziert werden. Weiterhin zählt das korrekte und konsequente Einhalten der Hygienestandards (vor allem Händedesinfektion) zu den wichtigsten Maßnahmen zur Verhinderung der Übertragung von MRSA. Die Hygienemaßnahmen im Haushalt sind wesentlicher Bestandteil – eine MRSA-Sanierung ist ohne die grundlegenden Hygienemaßnahmen sinnlos. Daher sollten diese wie von D und A vorgeschlagen, in die Leistungsbeschreibung aufgenommen werden.

Auch ein täglicher Wechsel der Bettwäsche wird als sinnvoll und notwendig erachtet, um den Erfolg der ärztlichen Therapie und der häuslichen Krankenpflege zu sichern. Die Position sollte daher im Leistungsverzeichnis berücksichtigt werden.

Daneben ist die Aufklärung und Anleitung der Patienten und Angehörigen zentraler Bestandteil der behandlungspflegerischen Maßnahmen und folglich als Gegenstand der Leistungsbeschreibung aufzunehmen.

Folgende Punkte sind in der Leistungsbeschreibung zu ergänzen:

1. Wundreinigung mit einer antiseptischen Lösung / Sanierung von Wunden oder Hautläsionen

Die Patienten haben häufig eine MRSA besiedelte Wunde, daher ist die **Wundreinigung mit einer antiseptischen Lösung / Sanierung von Wunden oder Hautläsionen** entsprechend aufzunehmen. Die MRSA besiedelte Wunde wird beim Verbandswechsel mit einer antiseptischen Lösung behandelt.

Eine Wunde mit Kolonisation oder Infektion durch multiresistente Erreger muss saniert werden, um eine Weiterverbreitung der Erreger zu verhindern. Antiseptisch wirksame Wundreinigungsmittel zerstören die Zellwand der Keime und hemmen die Enzymaktivität. Zu geeigneten Antiseptika bei einer mit MRSA infizierten Wunde gehören octenidin- und polihexanidhaltige Lösungen. Diese fördern die Wundheilung und wirken gleichzeitig gegen MRSA.¹

Wegen der dramatischen Zunahme von Antibiotika-Resistenzen wird die lokale Therapie von Wunden mit Antiseptika zunehmend wichtiger. Hier sei sowohl der therapeutische Einsatz bei infizierten als auch der Einsatz bei infektgefährdeten Wunden indiziert.² Die Wundbehandlung erfolgt antiseptisch, bei beginnender Wundinfektion oder der Notwendigkeit von ausgeprägtem chirurgischem Debridement ist eine Antibiotikagabe sinnvoll. Bei „unreinen“ Wunden (Biofilm) und Mikrozirkulationsstörungen ist die Wirkung eines Antibiotikums reduziert, eine mechanische Wundreinigung und antiseptische Behandlung dringend indiziert.³

2. Sanierung der MRSA-Trägerschaft im Darm bzw. Rektum

Des Weiteren ist die „Sanierung der MRSA-Trägerschaft im Darm bzw. Rektum“ aufzunehmen. Sanierungsmaßnahme ist hier eine antibiotische Therapie, z.B. mit Linezolid⁴ oder mit Gabe von Aminoglykosiden und Glykopeptiden.⁵

Nach einer Behandlung kann jemand MRSA-frei (negativ) scheinen, aber MRSA kann beispielsweise noch im Darm sitzen. Von da aus kann MRSA, vor allem nach Verwendung

¹ vgl. Konsensusempfehlung zur Auswahl von Wirkstoffen für die Wundantiseptik*, 2004, ZfW Nr.3/04

² Dissemmond J, Gerber V, Kramer A, Riepe G, Strohal R, Vasel-Biergans A, Eberlein T: Praxisorientierte Expertenempfehlung zur Behandlung kritisch kolonisierter und lokal infizierter Wunden mit Polihexanid. Zeitschrift für Wundbehandlung 2009; 14(1): 20-26
20th Conference of the European Wound Management Association (EWMA) 2010, 20 – 28 May, Geneva, Switzerland

³ vgl. Schwarzkopf, A.: MRSA im Wundabstrich – Zwei Fälle und das Management aus hygienischer Sicht. Zeitschrift Wundmanagement, 1. Jahrgang Februar 2007

⁴ vgl. Podbielski, A.: Angewandte Hygiene – Grundlagen und multiresistente Erreger, 2012

⁵ vgl. Wischnewski N, Mielke M: Übersicht über aktuelle Eradikationsstrategien bei Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) aus verschiedenen Ländern, Hyg Med 2007; 32 [10]

von Antibiotika, wieder in die Nase gelangen. In diesem Fall muss die Sanierungstherapie den Darm miteinschließen.⁶

3. Die Entnahme und ggf. Versendung von Kontrollabstrichen

Gerade für immobile Patienten ist es notwendig und sinnvoll, Kontrollabstriche in der eigenen Häuslichkeit entnehmen zu lassen. Andernfalls wäre dafür jeweils ein Arztbesuch notwendig. **Die Entnahme und ggf. Versendung von Kontrollabstrichen durch die Pflegedienste ist daher in der Leistungsbeschreibung zu ergänzen.**

Zu der Spalte Bemerkungen:

1. **Die Verordnungsfähigkeit der Leistung ist im vorliegenden Entwurf an die ärztliche Abrechenbarkeit gekoppelt.** Dies führt zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Einschränkung des anspruchsberechtigten Personenkreises und widerspricht damit dem Willen des Gesetzgebers nach einer umfassenden MRSA-Sanierung im ambulanten Bereich. Die Koppelung führt dazu, dass nur bestimmte „Risikopatienten“ in den Genuss einer Sanierung kommen. **Die Maßnahme sollte stattdessen bei allen Patienten mit einer ärztlich festgestellten MRSA-Kolonisation ordnungsfähig sein.**

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege setzt die gleichzeitige Erbringung ärztlicher Behandlung voraus. Das Ziel der HKP ist die Ergänzung und Sicherung der ärztlichen Behandlung. Sowohl der Krankenhausarzt als auch der Vertragsarzt kann eine Verordnung ausstellen.

Die Krankenkasse hat nach der Rechtsprechung des BSG die fachliche Entscheidung des Arztes, soweit sie sich im Rahmen des rechtlich Zulässigen aufhält, zu respektieren und sich zurechnen zu lassen (BSG v. 9.6.1998 - B 1 KR 18/96 R). Nach der Rechtsprechung des BSG ist die Krankenkasse gehindert, von sich aus in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient einzugreifen. Sie muss also die fachliche Entscheidung im Behandlungsgeschehen durch den Arzt als ihrem beauftragten Leistungserbringer gegen sich gelten lassen und darf diese nicht eigenmächtig durch eine andere, ihr besser erscheinende ersetzen. Es ist deshalb alleine Aufgabe des Arztes darüber zu entscheiden, wann die Delegation einer Maßnahme erforderlich ist. Soweit die Krankenkasse die Wirtschaftlichkeit der Entscheidung eines Arztes bezweifelt, muss sie den MDK mit der Einzelfallprüfung beauftragen (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

In diesem Zusammenhang erscheint es nicht sachgerecht, die notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen an die Abrechenbarkeit einer einzelnen ärztlichen Leistung zu koppeln. Soweit der Arzt die Maßnahmen nach Nr. 26a der

⁶ Expertenaussage des EUREGIO MRSA-net Twente/Münsterland.

HPK-Richtlinie aus medizinischen Gründen für notwendig erachtet und entsprechend verordnet, kann diese Verordnung nicht davon abhängig gemacht werden, dass gleichzeitig eine bestimmte abrechenbare Leistung des Arztes erfolgt. Dies widerspricht deutlich der ärztlichen Therapiefreiheit, die auch der MDK zu respektieren hat, soweit die ärztliche Entscheidung aus fachlicher Sicht auch nur vertretbar ist. Insbesondere ist nicht erklärlich, warum in diesem Zusammenhang die Verordnung nach Nr. 26a HKP-RL nur im Rahmen der besonderen Tätigkeit des Arztes innerhalb der Gebührennummer 86772 EBM (Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten gemäß der Nr. 3 der Präambel 87.8, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson) möglich ist. Daneben gibt es noch acht weitere Gebührenpositionen mit denen der Arzt bestimmte Leistungen im Zusammenhang mit MRSA abrechnen kann. Eine HKP Verordnung kommt aber, nach dem hier vorliegenden Entwurf, nur nach den Voraussetzungen der Nr. 86772 EBM in Frage. Eine derartige Einschränkung erachten wir unter den oben dargestellten grundsätzlichen Erwägungen der Therapie- und Verordnungshoheit des Arztes für nicht sachgerecht.

Daher ist der Passus *„Die Leistung ist verordnungsfähig im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Trägern mit Mithicillin resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)“* innerhalb der Bemerkungen zu Nr. 26a ersatzlos zu streichen.

Alternativ

Daher ist die Verordnungsfähigkeit der notwendigen Maßnahmen nach Nr. 26a von der Abrechenbarkeit der ärztlichen Leistung abzukoppeln.

Vorschlag:

„Die Leistung ist verordnungsfähig für die ambulante Eradikationstherapie (Sanierung) von MRSA-besiedelten und -infizierten Patientinnen und Patienten.“

2. Eine Begrenzung der Verordnungsbefugnis auf zertifizierte oder solche Ärzte, die eine Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ haben (S. 3, Pos. Von C, B und A), ist abzulehnen, da hierdurch der Kreis der Verordnenden zu sehr eingeschränkt würde und Überweisungen zu anderen Ärzten zu Verzögerungen bei der Versorgung des Patienten (z.B. wegen Wartezeiten) führt.
3. Die Leistung muss zwingend auch im Vorfeld operativer Eingriffe verordnungsfähig sein, nur so kann der Betroffene für den Krankenhausaufenthalt vorbereitet und andere Patienten vor einer Kontaminierung geschützt werden. Die Position von D und A (Tragende Gründe, 2.1, Seite 3) ist daher zu befürworten und entsprechend in der Leistungsbeschreibung zu berücksichtigen.
4. **Verwendung von MRSA-Übergabebögen**
Die im Rahmen der MRSA-Sanierung vorgenommenen Maßnahmen werden grundsätzlich dokumentiert. **Die Empfehlungen des Robert Koch Instituts (RKI)**

sowie der regionalen MRSA Netzwerke (z.B. Niedersachsen zur MRSA-Sanierung im niedergelassenen Bereich) sind verbindlich und Grundlage der Leistungserbringung. Der Verwendung eines gesonderten Übergabebogens bedarf es daher nur im Ausnahmefall.

Zu den tragenden Gründen:

2.1, Seite 4 3. Absatz, letzter Satz:

Es ist richtig, dass durch die Sanierung an sich keine erhöhte Gefahr für Angehörige oder Personen besteht, die im Haushalt des Patienten leben. Die Gefahr besteht bei der Grundpflege und dem Zusammenleben selbst ebenso. Richtigerweise müsste es deshalb am Ende des Absatzes heißen: **„In der Regel besteht für gesunde Angehörige eines MRSA-Trägers keine besondere Gefährdungssituation“**.

Rahmenbedingungen:

MRSA-Sanierungssets

Es ist zu berücksichtigen, dass „MRSA-Sanierungssets“ mit Waschlotionen, Händedesinfektionsmitteln, Desinfektionstüchern, Einwegkämmen, Einweg-Bürsten, Infomaterial usw. bereitzuhalten sind.

Die genannten Materialien müssen gesondert als Heil- / Hilfsmittel verordnet werden können. Ansonsten entstehen hierfür Kosten zu Lasten der Patienten oder aber Ärzte (Praxisbedarf).

Die Sanierungsmaßnahmen sowie insbesondere auch die Aufklärung und Anleitung der Patienten / Angehörigen sind sehr zeitintensiv und hängen von der jeweiligen Kognition und Kooperation des Patienten/Angehörigen ab, dies ist bei der Dauer und Häufigkeit der Maßnahme entsprechend zu berücksichtigen – auch hinsichtlich von Folgeverordnungen.

Aus Sicht des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste ist die Positionsnummer 26a der Richtlinie Häusliche Krankenpflege wie folgt zu formulieren:

	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
26a	<p>Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose</p> <p>Durchführung Sanierung/Eradiation nach ärztlichem Sanierungsplan. Dazu können bei Bedarf insbesondere gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antiseptischen Gels - Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung - Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen <p>In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen als begleitende Maßnahmen Textilien und Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, täglich wechseln bzw. desinfizieren (Hygienemaßnahmen im Haushalt, z.B. tägliches Wechseln der Bettwäsche)</p> <p>In Verbindung mit den MRSA Sanierungsmaßnahmen Aufklärung und Anleitung von MRSA-Träger-Patienten und Angehörigen zur Händehygiene; ggf. Übergabe von oder Hinweis auf Aufklärungsbogen für MRSA-Kontaktpersonen</p> <p>Wundreinigung mit einer antiseptischen Lösung / Sanierung von Wunden oder</p>	<p>Die Leistung ist verordnungsfähig im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Trägern mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA).</p> <p>Die Leistung ist verordnungsfähig für die ambulante Eradikationstherapie (Sanierung) von MRSA-besiedelten und -infizierten Patientinnen und Patienten.</p> <p>Wird die Eradikationstherapie im Krankenhaus begonnen, kann eine Verordnung zudem unter den Voraussetzungen des § 7 Abs. 5 erfolgen.</p> <p>[Position von B und C: zusätzlich:] sofern die Voraussetzungen für die vertragsärztlich abrechenbare Behandlung und Betreuung der Patienten gegeben sind, um die Nahtlosigkeit der Sanierung sicher zu stellen.</p> <p>[Position von D und A: zusätzlich:] Die Leistung ist auch verordnungsfähig im Rahmen einer Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen.</p> <p>[Position von A: zusätzlich:] Es im Bedarfsfall wird ein MRSA-Sanierungs-Übergabebogen verwendet (MRSA-Sanierungsschema, -Dokumentationsbogen). Die Verordnung setzt voraus, dass die Patientin bzw. der Patient aufgrund von körperlichen</p>	<p>Dauer und Häufigkeit der Maßnahme leiten sich aus den Empfehlungen des Robert Koch Instituts (RKI) sowie der MRSA Netzwerke ab.</p> <p>Dauer nach Maßgabe des ärztlichen Sanierungsplans (5- mindestens 7 Tage).</p> <p>Im Bedarfsfall erfolgt eine Folgeverordnung.</p> <p>Neue Erstverordnung nach frustrierender Sanierung mit Begründung möglich. Dabei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs zu eruieren.</p>

	<p>Hautläsionen</p> <p>Sanierung der MRSA-Trägerschaft im Darm bzw. Rektum</p> <p>Entnahme und ggf. Versendung von Kontrollabstrichen</p>	<p>oder geistigen Einschränkungen oder entwicklungsbedingt noch nicht vorhandenen Fähigkeiten nicht in der Lage ist, die im Rahmen der MRSA-Sanierungsbehandlung erforderlichen Maßnahmen mit ärztlicher Einleitung, Anleitung bzw. Überwachung selbst durchzuführen.</p> <p>Die Empfehlungen des Robert Koch Instituts (RKI) sowie der regionalen MRSA Netzwerke (z.B. Niedersachsen zur MRSA-Sanierung im niedergelassenen Bereich) sind verbindlich und Grundlage der Leistungserbringung.</p>	
--	--	--	--

Es wird gebeten, die Änderungen nebst Begründungen in der Überarbeitung des Beschlussentwurfes zur Positionsnummer 26a der Richtlinie Häusliche Krankenpflege (MRSA-Eradikationstherapie) zu berücksichtigen.

Berlin, den 19.06.2013



**Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V des Bundesverbandes
Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V.
hier: Änderung der Häuslichen Krankenpflege- Richtlinie (HKP-RL): Nr. 26 a
des Leistungsverzeichnisses: MRSA- Eradikationstherapie**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Nachgang zu Ihrem Schreiben vom 17.05.2013 bedankt sich der bad e.V. für die
Möglichkeit der Abgabe einer Stellungnahme zu der vorliegenden Änderung der HKP-
Richtlinie.

Grundsätzlich begrüßt der bad e.V. die Aufnahme der MRSA- Eradikationstherapie in die
HKP-Richtlinie.

Zu der geplanten HKP- Richtlinie im Einzelnen:

**1) Zur Spalte „Leistungsbeschreibung“ - Nr. 26a,
Unterpunkt: „Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen:“**

Es ist sehr wichtig, dass diese Leistung bis zur Beendigung, also bis die Testergebnisse
negativ sind– wie im stationären Bereich- **täglich** erbracht wird. Daher sollte es
„Tägliche Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen“ heißen.

2) Zur Spalte „Dauer und Häufigkeit der Maßnahme“,

Die Behandlungsdauer von 5- 7 Tagen ist in der praktischen Umsetzung zu kurz bemessen,
da die Behandlung erst Erfolg verspricht wenn mindestens der **3. Abstrich negativ** ist.

Der Satz „Dabei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs im Vorfeld zu eruieren“, sollte
wegfallen. Ein negatives Testergebnis muss ausreichen.

3) Zur Spalte „Bemerkung“:

**Zum Absatz: „Die Leistung ist auch verordnungsfähig im Rahmen einer
Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten, invasiv- diagnostischen,
interventionellen oder operativen Einriffen“:**

Wir erachten es für sinnvoll, dass schon bei „Verdacht auf MRSA“ ein Test nach den
Richtlinien des Robert Koch Instituts durchgeführt wird, um eine Resistenz festzustellen.

Mögliche Risikofaktoren, bei denen ein Test durchgeführt werden sollte:

- reduzierter Allgemeinzustand,
- reduzierter Ernährungszustand,
- und die Aufzählung in Position C, B und A

Begründung: Der Pflegedienst kennt seine Kunden gut und könnte daher abschätzen, wer potentiell gefährdet ist. Für die Pflege und zum Schutz von anderen Patienten und Mitarbeitern ist es unabdingbar, Kenntnis über eine Kolonisierung oder Infektion mit MRSA vor Beginn der Pflege zu erhalten.

Aus der Verordnung sollte daher hervorgehen, dass bei Verdacht ein Abstrich durchzuführen und dieser zur Auswertung an ein Labor zu schicken ist. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass sich im Falle der Verdachtsbestätigung vor einem geplanten Eingriff eine Sanierung bereits durchgeführt werden könnte.

4) Zu den „Tragenden Gründen“

Zu 2.1 „Verordnungsvoraussetzungen“ - Position C, B und A

Hier sollte auch der Krankenhausarzt aufgeführt werden.

5) Zur Position von A:

Zum Satz: „Weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, der ambulante Pflegedienst sowie mögliche Leistungserbringer müssen über den MRSA Status informiert werden.“

Die Informationsweitergabe erfolgt in der Praxis nicht wie beschrieben. Die Patienten werden häufig entlassen, ohne dass der Pflegedienst informiert wird. Im Entlassungsmanagement des Krankenhauses könnte hier mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Die Verpflichtung zur Verwendung eines bestimmten MRE/ MRSA-Übergabebogens könnte daher beibehalten werden. Da dies aber nicht im Verantwortungsbereich des Pflegedienstes liegt, sollte es auch in der Bemerkung heißen: Es „kann“ ein MRSA- Sanierungs-Übergabebogen verwendet werden.

6) Zur Position von C, B und A:

Hier sollte es überhaupt keine zeitliche Begrenzung geben. Sobald einer der aufgeführten Gründe vorliegt, sollte die HKP verordnet werden.

7) Zu 2.2 „Durchführung der Maßnahmen:“

Die Entscheidung über die Beendigung der MRSA- bedingten Maßnahmen sollte nur der behandelnde Arzt treffen. Maßgebliches Kriterium ist ein negativer Befund der vorgenommenen Abstriche.

Nach erfolgter Sanierung sollen alle angebrochenen Salben und Verbandsmaterialien entsorgt werden. Gegenstände, die mit der Haut in Kontakt kommen, werden ebenfalls ausgetauscht. Dazu zählen Bürsten, Kämme, Rasierer usw. Da diese Vorgehensweise sehr kostenintensiv ist, sollten Mittel für Körperpflege und Haarpflege ebenfalls verordnet werden.

8) Zur Position von C und B

In der bestehenden Aufzählung sollte es nicht nur heißen „werden desinfiziert oder ausgetauscht“, hinzukommen sollte der Begriff „entsorgt“.

Abschließend würden wir es begrüßen, wenn in die HKP- Richtlinie eine Regelung zur Nachkontrolle mit aufgenommen wird.

Spätestens nach einem Monat nach Beendigung der Sanierung sollte mindestens ein weiterer Kontrollabstrich verordnet werden.

Essen, den 19.06.2013

Theresia Hartmann Schmitt
Qualitätsmanagementbeauftragte
des Referats Pflege

Meral Sahin, Dipl.Jur.
Fachbereich Ambulant

Diakonie Deutschland | Postfach 40164 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau Dr. Kati Dege
Postfach 120606
D-10596 Berlin

Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege

Dr. Peter Bartmann
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: +49 30 65211-1672
Telefax: +49 30 65211-3672
erika.stempfle@diakonie.de

Berlin, 17. Juni 2013

**Änderung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und
Abs. 7 SGB V**

hier: Ihr Schreiben vom 17.05.2013

Sehr geehrte Frau Dr. Dege,

Ihr Schreiben vom 17.05.2013 haben wir dankend erhalten. Wir möchten Sie
bitten, nachfolgende Stellungnahme der Diakonie Deutschland – Evangelischer
Bundesverband entsprechend weiterzuleiten.

1. Stellungnahme zu den geplanten Änderungen

Der Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sieht vor,
dass Leistungen der Nr. 26a bzgl. der Durchführung der Sanierung von MRSA-
Trägern mit einer gesicherten Diagnose neu aufgenommen werden sollen. Hieraus
wird ersichtlich, dass hinsichtlich der konkreten Umsetzung im G-BA bzw. im
Unterausschuss veranlasste Leistungen unterschiedliche Auffassungen bestehen,
die mit den Positionen A bis D gekennzeichnet sind. Die Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband begrüßt die geplante Erweiterung, sieht jedoch an
verschiedenen Stellen Modifikationsbedarf. Diesen möchten wir im Folgenden
darlegen.

Zur Leistungsbeschreibung zu Nr. 26a

Die Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband teilt die Einschätzung,
dass die Durchführung der Sanierung durch die häusliche Krankenpflege
entsprechend dem Sanierungsplan, der vom Arzt bzw. der Ärztin auf der
Verordnung aufgestellt wird, zu erfolgen hat. Folglich ist das Erfordernis der
einzelnen Maßnahmen auch abhängig von dem Ergebnis der Erhebung des
Kolonisationsstatus (Screening von Nasenvorhof, Rachen, Achseln, Leiste,
Rektum, Wunde etc.) und der individuell abzuwägenden Anpassung der
Behandlung durch den Arzt bzw. die Ärztin vor der Behandlung. Demzufolge
werden gegebenenfalls auch nicht alle im Leistungsverzeichnis aufgelisteten
möglichen Maßnahmen im Rahmen der Sanierungsbehandlung immer
durchzuführen sein. Hierbei sollte auf jeden Fall nicht von einer Komplexleistung

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11-0
Telefax: +49 30 652 11-3333
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

Registergericht:
Amtsgericht
Berlin (Charlottenburg)
Vereinsregister 31924 B

Ev. Kreditgenossenschaft
Stuttgart
Konto-Nr. 405 000
BLZ 520 604 10
BIC: GENODEF1EK1
IBAN:
DE42520604100000405000

USt-IdNr.: DE 147801862

Behindertengerechter Parkplatz
in der Tiefgarage

ausgegangen werden, sondern es müssen entsprechend dem ärztlichen Abrechnungsmodus bei der MRSA Behandlung die MRSA behandlungspflegerischen Maßnahmen in unterschiedliche Leistungen, in Abhängigkeit von den notwendig zu erbringenden Leistungen, unterteilt werden.

Die Beratung des Patienten und der Angehörigen sowie die Vereinbarung der entsprechenden Compliance sind für den Erfolg einer solchen Therapie entscheidend. Sollten die Patienten bzw. die Angehörigen nicht entsprechend informiert und beraten werden können, ist der Therapieerfolg unter Umständen sehr schnell gefährdet. Die Beratung und Aufklärung muss neben der Anleitung ein Bestandteil der Leistung sein.

Des Weiteren vermissen wir die kontrollierte Medikamentengabe als verordnungsfähige Leistung.

Auch wir halten analog zu den Positionen A und D einen täglichen Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (insbesondere nach antiseptischer Ganzkörperdekolonisation) für entscheidend, um eine Rekolonisierung während der Sanierungsmaßnahmen zu verhindern. Die hier gestellten Anforderungen (z.B. Desinfektion und Austausch von persönlichen Gegenständen wie Brillen, Rasierer, Zahnbürsten etc.) gehen weit über die normalen Anforderungen, die an die Hygiene eines Haushaltes gestellt werden können, hinaus. Diese Maßnahmen bilden einen substantiellen Bestandteil der MRSA-Standardsanierung und sichern den Behandlungserfolg des ärztlichen Behandlungsplanes. Sie müssen daher wie alle anderen zu erbringenden Leistungen im Rahmen der Behandlungspflege erbracht werden und verordnungsfähig sein. Zudem sind die Kosten für notwendige Materialien z.B. für (Einmal-) Schutzkleidung, Mundschutz von den Krankenkassen zu übernehmen.

Unserer Auffassung nach sind die folgenden Spiegelpunkte zusätzlich aufzunehmen:

- Aufklärung, Beratung und, Anleitung und Schulung eines MRSA-Träger-Patienten und dessen Angehörigen zu angemessenem hygienischen Verhalten.
- Kontrollierte Medikamentengabe: Antibiotika
- Begleitende Sanierungsmaßnahmen wie täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege sowie Desinfektion von kontaminierter Haut oder Schleimhaut sowie von kontaminierten Textilien und persönlichen Gegenstände, um eine Rekolonisierung während der Sanierungsmaßnahmen zu verhindern.

Zu den Verordnungsvoraussetzungen zu Nr. 26a

Hier werden als konsentiert die nachfolgend angeführten beiden Verordnungsvoraussetzungen genannt:

- *„Die Leistung ist verordnungsfähig im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Trägern mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus*
- *Wird die Eradikationstherapie im Krankenhaus begonnen, kann eine Verordnung zudem unter den Voraussetzungen des § 7 Abs. 5 erfolgen“, um die Nahtlosigkeit der Sanierung sicher zu stellen.“*

Diese beiden Verordnungsvoraussetzungen teilen wir prinzipiell. Um eine weitere Verbreitung des gefährlichen Erregers MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) zu verhindern, ist laut dem Robert Koch Institut eine konsequente Umsetzung von Präventionsstrategien und Behandlungsmaßnahmen dringend erforderlich. Wir regen deshalb an, den Absatz 1 mit dem Zusatz „*bei gesicherter Diagnose*“ zu ergänzen.

Die in den tragenden Gründen bei Position C, B und A auf Seite 3 vorgenommenen Einschränkungen durch Risikofaktoren und durch die Forderung nach einer notwendigen ärztlichen Zusatzqualifikation birgt die Gefahr, dass Träger mit MSRA (Patienten im ländlichen Raum oder alte Menschen, deren Ärzte keine Zusatzqualifikation haben) keine Behandlungsmaßnahmen erhalten. Wir lehnen diese Einschränkungen deshalb entschieden ab.

Um die Nahtlosigkeit der Sanierung im direkten Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt sicher zu stellen, ist unserer Ansicht aber zum einen erforderlich, dass der Krankenhausarzt auch die notwendigen Ver-

bandsmaterialien, Medikamente, Hilfsmittel etc. verordnet und diese auch von den Krankenkassen übernommen werden. Zum anderen erleichtert der Einsatz eines MRSA-Sanierungs-Übergabebogens die nahtlose Fortsetzung der Therapie. Dies stellt aber entsprechende Anforderungen an das Entlass- und Überleitungsmanagement des Krankenhauses.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland-Evangelischer Bundesverband sollte die Leistung auch verordnungsfähig im Rahmen einer Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen oder operativen Eingriffen sein, wie dies von der Position D und A gefordert wird. Dieser Absatz ist deshalb entsprechend aufzunehmen

Konsentiert ist auch unter den Mitgliedern des Unterausschusses veranlasste Leistungen der nachfolgend angeführte letzte Absatz:

- *„Die Verordnung setzt voraus, dass die Patientin bzw. der Patient aufgrund von körperlichen oder geistigen Einschränkungen oder entwicklungsbedingt noch nicht vorhandenen Fähigkeiten nicht in der Lage ist, die im Rahmen der MRSA-Sanierungsbehandlung erforderlichen Maßnahmen mit ärztlicher Einleitung, Anleitung bzw. Überwachung selbst durchzuführen.“*

In den tragenden Gründen wird hierzu auf Seite 4 als Konsens ausgeführt:

- *„Die Verordnung setzt voraus, dass die Maßnahmen zur Sanierung weder von der Patientin bzw. dem Patienten noch von einer in ihrem oder seinem Haushalt lebenden Person selbstständig durchgeführt werden können. In der Regel besteht für gesunde Angehörige eines MRSA-Trägers keine hohe Ansteckungsgefahr.*
- *Bei der Prüfung der Voraussetzungen des § 1 Abs. 5 (Pflege durch im Haushalt lebende Personen) ist allerdings zu beachten, dass Angehörige, für die eine MRSA-Besiedelung aufgrund ihrer eigenen Risikokonstellationen eine gesundheitliche Gefährdung darstellen kann, nicht zur Pflege herangezogen werden können.“*

Der Satz 2 in Absatz 1 ist hier unserer Auffassung nach zu konkretisieren bzw. um ein Aufklärungs- und Beratungselement zu ergänzen. Die Angehörigen sollten von ihren Risiken wissen und dazu müssen sie informiert werden.

Des Weiteren sind unserer Auffassung nach die unter Position von A und D auf Seite 5 unten in den tragenden Gründen aufgeführten Präzisierungen (*Diese Gefährdung besteht vor allem bei Menschen, die Antibiotika einnehmen, einen Hautdefekt haben oder bei generalisierter Abwehrschwäche. Ebenso können Schwangere oder Familienangehörige, die zeitgleich Neugeborene versorgen, nicht zur Pflege herangezogen werden. Enge und intensive Berührungskontakte zu bekannten Trägern sind daher zu vermeiden*) mit in die Bemerkungsspalte der HKP Richtlinie aufzunehmen.

Darüber hinaus möchten wir an dieser Stelle darauf verweisen, dass die Anzahl der Einpersonenhaushalte zunimmt, so dass verstärkt nicht mehr auf im Haushalt lebende Personen zurückgegriffen werden kann.

Zu Dauer und Häufigkeit zu Nr. 26a

Die Dauer der Verordnung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Sanierungsplans (5-7 Tage). Danach ist eine neue Verordnung als Erstverordnung nach frustraner Sanierung mit Begründung möglich. Hierbei sind im Vorfeld die Gründe des Misserfolgs und die sanierungshemmenden Faktoren zu eruieren. Auch unserer Auffassung nach sind bereits bei der Indikationsstellung zur MRSA-Eradikationstherapie im Vorfeld der Verordnung von HKP eradikationshemmende Faktoren zu berücksichtigen, da bei der Gruppe von Patienten, bei denen eine HKP- Verordnung in Frage kommt durchaus Faktoren (wie z.B. Dialysepflichtigkeit, Katheter, MRSA-selektierende antibiotische Therapie, Hautulcus, Haut- und Weichgewebeeinfektion, Wunden) vorliegen können, die den Erfolg einer MRSA-Eradikationstherapie nachteilig beeinflussen können. Dies ist entsprechen in die HKP-Richtlinie aufzunehmen.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland-Evangelischer Bundesverband enthält die Verordnung durch den Vertragsarzt einen entsprechenden Sanierungsplan. Um den Erfolg der Eradikation nach dem ärztlichen Sanierungsplan nicht zu gefährden, ist die vom Patienten vorgelegte Verordnung unverändert zu genehmigen. Es dürfen von den Krankenkassen keine Veränderungen, Reduktionen oder Kürzungen der Verordnungen vorgenommen werden. Die Entscheidung über Dauer, Häufigkeit und Verordnungsfähigkeit einer Maßnahme ist vom Arzt, orientiert an den erforderlichen individuellen Therapieerfordernissen, zu treffen und zu verantworten.

2. Grundsätzliche Anmerkungen

Die Diakonie Deutschland vertritt die Ansicht, dass die inhaltliche Ausgestaltung der Richtlinien in vielen Bereichen eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten verhindert. So wird die Verordnung verschiedener Leistungen an eine nicht sachgemäße Indikationsstellung geknüpft (z. B. Blutzuckerkontrolle, Dekubitusbehandlung) bzw. entspricht die Ausgestaltung des Leistungsverzeichnisses nicht mehr dem State of the Art, z. B. bei der Wundversorgung. Des Weiteren sind zur Versorgung erforderliche Leistungen nicht im Verzeichnis ordnungsfähiger Maßnahmen aufgenommen (z. B. i. v. Infusionen einschließlich Medikamentengabe, Tag- und/ oder Nachtwache, Wickel, Umschläge, Kataplasmen, stützende und stabilisierende Verbände wie der Gilchrist Verband, Erstgespräche, Spezifische Beratungselemente). Daneben wird unserer Auffassung nach das Verzeichnis ordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege den Erfordernissen der ambulanten Intensivpflege und den Bedarfen von sterbenden Menschen, die keine spezialisierte ambulante Palliativversorgung benötigen, nicht gerecht.

Die unsachgemäße Ausgestaltung der Richtlinien zu den pflegerischen Prophylaxen und die Verweigerung der Spitzenverbände der Krankenkassen, für die Leistungen der pflegerischen Prophylaxen eine am Aufwand orientierte Vergütung vorzusehen, hat bisher die am Versicherten orientierte Versorgung mit pflegerischen Prophylaxen verhindert. Die Diakonie Deutschland fordert deshalb den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, pflegerische Prophylaxen umgehend als ordnungsfähige Leistungen aufzunehmen. Darüber hinaus muss unserer Ansicht nach die häusliche Krankenpflege im Wege der Umsetzung des Grundsatzes "Ambulant vor Stationär" gerade im Hinblick auf die DRG's und die zunehmende Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus sowie aufgrund der Zunahme der ambulanten Behandlungen durch ein entsprechendes Leistungsverzeichnis der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege ausgestattet werden.

Des Weiteren ist der Bereich der häuslichen Krankenpflege für psychisch kranke Menschen nur unzureichend in den Richtlinien ausgestaltet. Unserer Ansicht nach sind die Diagnosen unter F 1 vollständig aufzunehmen und nicht nur die Diagnosegruppe F 1.0, F1.1 sowie F1.2. Nach ICD-10 geht es auch um die Berücksichtigung des Bereichs F60-F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Dabei handelt es sich um schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen, unter anderem um das Krankheitsbild der Borderline-Störungen, die häufig Anlass für stationäre Behandlungen sind. Auch hier ist völlig unverständlich, weshalb diese Krankheitsbilder im ambulanten Bereich keine häusliche Krankenpflege für Psychisch Kranke benötigen zur Vermeidung von Klinikaufenthalten oder zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung. Gerade diese Patientinnen und Patienten benötigen eine beziehungsintensive Begleitung und krankenschwermäßige Unterstützung als Teil der Behandlung ihrer schweren Störung. Problematisch ist auch der grundsätzliche Ausschluss aller Suchterkrankungen (F10-F19). Insbesondere den chronifizierten komorbiden Krankheitsbildern suchtkranker Menschen wird hierdurch eine pflegerische Unterstützung untersagt. Auch im Bereich der neurotischen Störungen sind einige Krankheitsbilder ausgeschlossen (F42 Zwangsstörungen /F45 Somatisierungstörungen). Gerade bei letzteren wird im ICD auf die mangelnde Compliance der Patienten und ihre oft falsche Medikamenteneinnahme verwiesen. Die enge diagnostische Eingrenzung wird dem Einzelfall nicht gerecht. Es muss weitere Öffnungsmöglichkeiten geben.

Die Dauer der häuslichen Krankenpflege für Psychisch Kranke von bis zu 4 Monaten sowie der Umfang bis zu 14 Einheiten pro Woche (bei abnehmender Frequenz) sind bei weitem nicht ausreichend. Für gleichfalls problematisch betrachten wir den für eine Erstverordnung festgelegten Zeitraum von 14 Tagen.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland haben Menschen mit Behinderungen, die Leistungen zur Teilhabe nach SGB XII/ SGB IX in Anspruch nehmen, seit dem 01.04.2007 unabhängig von den damit in Zusammenhang stehenden Leistungsstrukturen (z. B. Wohnhilfen) einen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Die Richtlinien setzen die Vorgaben des GKV-WSG nur unzureichend um.

Die Definition des "besonders hohen Bedarfs" an medizinischer Behandlungspflege bei Versicherten in Pflegeheimen wird zu restriktiv und einschränkend vorgenommen. Dies wird einmal in dem Erfordernis begründet, dass die behandlungspflegerischen Maßnahmen "unvorhersehbar" erfolgen müssen und weiterhin, dass die Unvorhersehbarkeit sich auf den "Tag und die Nacht" beziehen muss. Diese restriktive Auslegung entspricht unserer Auffassung nach nicht der Intension des GKV-WSG. Auch Versicherte, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben und einen vorhersehbaren Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben, müssen einen Anspruch auf diese Leistungen haben.

Wie bereits in früheren Stellungnahmen der Diakonie Deutschland/des Diakonischen Werkes der EKD zu den Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V ausgeführt, halten wir eine Begrenzung der Dauer und Häufigkeit der verordneten Maßnahmen für nicht gerechtfertigt. Die Entscheidung über Dauer, Häufigkeit und Verordnungsfähigkeit einer Maßnahme ist vom Arzt, orientiert an den erforderlichen individuellen Therapieerfordernissen, zu treffen und zu verantworten.

Die Diakonie Deutschland hält deshalb weitere Ergänzungen bzw. Änderungen der Richtlinien – neben den geplanten - für absolut unerlässlich.

Wir hoffen sehr, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen weiteren Beratungen zu den Richtlinien unsere Vorschläge und Einwände einbezieht und die Richtlinien damit eine sachgerechte Überarbeitung erfahren.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Peter Bartmann
Leitung

ABVP e.V. Bundesgeschäftsstelle · Goseriende 13 · 30159 Hannover

Bundesgeschäftsstelle

Gemeinsamer Bundesausschuss
-Kati Dege -
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ihre Ansprechpartner: Matthias Rump
Mail: rump.m@abvp.de
Zeichen: mr
Telefon: (05 11) 515 111-106
Datum: 19. Juni 2013

Stellungnahme des ABVP zur Änderung der HKP-Richtlinie „Eradikationstherapie bei MRSA“

Sehr geehrte Frau Dege,

gerne nehmen wir Stellung zur avisierten Erweiterung der HKP-Richtlinie zur Eradikationstherapie bei MRSA und bewerten die Ihrerseits bereits dargestellten tragenden Gründe dafür.

Der ABVP begrüßt die Option, bei vorliegender ärztlicher Einschätzung und Verordnung MRSA-Infektionen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sanieren zu können. Dies stellt eine sinnvolle Ergänzung der häuslichen Behandlungspflege dar. Dabei teilen wir die in der Beschlussfassung formulierte Aussage, dass nicht jeder Infizierte zwingend eine Eradikationstherapie benötigt, wenn sein individuelles Wohnumfeld und seine Bezugspersonen nicht in erhöhtem Maße infektionsgefährdet sind.

Verordnungsvoraussetzungen

Der ABVP befürwortet die Notwendigkeit gesicherter Diagnosen und relevanter Risikofaktoren, damit MRSA-Träger ärztlich verordnet durch professionelle Pflegedienste behandelt und betreut werden können. (Position C,B und A, Seite 3 der tragenden Gründe) Darüber hinaus stimmen wir damit überein, dass Sanierungen auch im Vorfeld medizinisch relevanter Eingriffe sinnvoll sein können. (Position D und A, Seite 3 der tragenden Gründe)

Die Möglichkeit, bereits im Krankenhaus begonnene Eradikationstherapien in der Häuslichkeit weiterführen zu können entspricht ebenfalls der Meinung des ABVP. Die bundesweite Schaffung geeigneter Netzwerke und standardisierter Überleitungsdokumentationen müssen dafür aber zwingend vorliegen.

Durchführung der relevanten pflegerischen Maßnahmen

Notwendige Sanierungsmaßnahmen bei MRSA-Patienten müssen umgebungsorientiert und in Zusammenarbeit mit adäquat qualifizierten Ärzten, Hygienefachleuten und allen an der Versorgung beteiligten Pflegeeinrichtungen und –dienstleistern koordiniert werden.

Wir sind die Ambulanten

Bundesgeschäftsstelle
Goseriende 13
30159 Hannover
Tel. 05 11 / 515 111-0
Fax 05 11 / 515 111-8109
<http://www.abvp.de>
dialog@abvp.de

Geschäftsstelle Nord
Goseriende 13
30159 Hannover
Tel. 05 11 / 515 111-120
Fax 05 11 / 515 111-8129
<http://www.abvp.de>
reg.nord@abvp.de

Geschäftsstelle Süd
Schwanthalerstraße 14
80336 München
Tel. 05 11 / 515 111-160
Fax 05 11 / 515 111-8169
<http://www.abvp.de>
reg.sued@abvp.de

Geschäftsstelle Ost
Meierottostr. 7
10719 Berlin
Tel. 05 11 / 515 111-130
Fax 05 11 / 515 111-8139
<http://www.abvp.de>
reg.ost@abvp.de

Geschäftsstelle West
Mosbacher Str. 20
65187 Wiesbaden
Tel. 05 11 / 515 111-150
Fax 05 11 / 515 111-8159
<http://www.abvp.de>
reg.west@abvp.de

Bankverbindung
Bank f. Sozialwirtschaft Hannover
Konto-Nr. 94 66 200
BLZ 251 205 10
Ust-ID-Nr.
DE 197 701 419

Die daraus resultierenden Mehraufwände, die aufgrund der komplexen Betreuungs- und Beratungstätigkeiten der professionellen Pflegedienste entstehen, müssen daher in Vergütungen refinanziert werden. Insbesondere die notwendigen internen und externen Schulungsmaßnahmen, erforderliche Schutzausrüstungen und –Kleidung sowie zusätzliche zeitliche und personell Ressourcen bei der notwendigen Einsatzplanung und dem optionalen Verordnungsmanagement spielen in diesen Kostenstrukturen eine immense Rolle. Der erweiterte Dokumentationsbedarf und optionale Beratungsdienstleistungen müssen ebenfalls in die Vergütung einfließen.

Den inhaltlich entsprechenden Ausführungen in der Position von A und D auf der Seite 5 der tragenden Gründe können wir zustimmen. Gerade die konsequente Aufbereitung und Desinfektion kontaminierter Gegenstände stellt in unseren Augen die wesentliche pflegerische Leistung bei der Dekolonisierung von multiresistenten Keimen dar. Ohne die Beseitigung verschmutzter Wäsche und Gebrauchsgegenstände würde jede lokale Therapie des MRSA mit Salben, Seifen oder Desinfektionslösungen nach kurzer Zeit wieder hinfällig sein.

In kommenden Rahmenverträgen sollte darüber hinaus immer der aktuelle „state-of-the-art“ aller pflegerischen und organisatorischen Interventionen zur Sanierung multiresistenter Keime berücksichtigt werden.

Allgemeine Anmerkung zur Beschlußentwurf

Die Darstellung der einzelnen tragenden Gründe mit der Bezeichnung A, B, C und D ist verwirrend. In folgenden Verfahren sollten bei inhaltlichen Unstimmigkeiten und Varianten separate Fließtexte und Richtlinienentwürfe erstellt werden. Dies erleichtert die Lesbarkeit, beugt etwaigen Missverständnisse vor und kann letzten Endes das Verfahren zur Stellungnahme beschleunigen.

Zu weiteren Rückfragen stehe ich unter den angegebenen Kontaktmöglichkeiten gerne zur Verfügung

Mit freundlichem Gruß



Matthias Rump
Diplom Pflegewirt (FH)
Fachreferent Pflege

2. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

Mündliche Anhörung

gemäß 1. Kapitel, § 12 Abs. 3 Verfahrensordnung zur Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL)

hier: Nr. 26a des Leistungsverzeichnisses: MRSA-Eradikationstherapie

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 23. Oktober 2013
von 10.35 Uhr bis 10.53 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmer für den **Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)**:

Frau Carola Stenzel

Frau Amelie Jansen

Angemeldete Teilnehmerin für den **Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Der Paritätische)**:

Frau Anne Idler

Angemeldete Teilnehmer für die **Diakonie Deutschland**:

Frau Erika Stempfle

Frau Kristin Schulze

Beginn der Anhörung: 10.35 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlich willkommen zur heutigen Sitzung des Unterausschusses Veranlasste Leistungen. Wir befinden uns heute hier im Stellungnahmeverfahren zur Änderung der HKP-Richtlinie, hier ganz konkret Nr. 26a des Leistungsverzeichnisses.

Am 16. Mai 2013 ist vom Plenum die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens beschlossen worden. Im Stellungnahmeverfahren waren ausdrücklich auch dissente Positionen gekennzeichnet. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens haben 11 von insgesamt 15 nach den §§ 91 und 92 SGB V zur Abgabe von Stellungnahmen berechnete Organisationen eine fristgerechte Stellungnahme vorgelegt. Das waren der AWO Bundesverband, der Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege, Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH), die Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege, die Bundesärztekammer, der Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband, die Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband und der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe. Diese Stellungnahmen sind selbstverständlich im Zuge des Beratungsverfahrens vom Unterausschuss in der Arbeitsgruppe schon beraten worden.

Zu der mündlichen Anhörung, die wir heute durchführen, sind diejenigen, die eine Stellungnahme abgegeben hatten, auch eingeladen worden. Von der Möglichkeit, heute hier auch mündlich Stellung zu nehmen, haben der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe und das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland Gebrauch gemacht. Ich begrüße Frau Idler vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, dann Frau Stenzel und Frau Jansen vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe sowie Frau Stempfle und Frau Schulze vom Diakonischen Werk.

Zu der heutigen Anhörung zwei, drei geschäftsleitende Bemerkungen.

Wir führen hier Wortprotokoll. Es wird also mitstenografiert, was hier vorgetragen wird. Das wird am Ende auch Gegenstand der zusammenfassenden Dokumentation sein. Das heißt, es wird dann nachträglich der geeigneten Öffentlichkeit oder zumindest der Fachöffentlichkeit auch zur Kenntnis gegeben. Das ist ganz wichtig, weil es eben noch bedeutsam ist für das, was gesagt wird.

Wir haben selbstverständlich die von Ihnen abgegebenen Stellungnahmen gelesen, auch schon diskutiert. Sie waren also schon Gegenstand von Beratungen. Deshalb ist Sinn und Zweck der heutigen Anhörung nicht, dass Sie noch einmal die bereits schriftlich abgegebenen Stellungnahmen vortragen, sondern Sinn und Zweck der heutigen Anhörung ist, dass die Vertreter der Bänke und die Patientenvertretung Ihnen spezielle Fragen, sofern es Nachfragebedarf gibt, zu Ihren Stellungnahmen stellen, damit dann möglicherweise Unklarheiten beseitigt oder Dinge konkretisiert werden können. Das soll der erste Teil der Anhörung sein.

Im zweiten Teil der Anhörung werde ich Ihnen dann Gelegenheit geben, im Bedarfsfalle darzustellen, ob es seit Abgabe der schriftlichen Stellungnahmen irgendwelche weiteren Gesichtspunkte, irgendwelche Änderungen gibt, die aus Ihrer Sicht bedeutsam und für das, was wir hier an Änderungen planen, von Belang sind.

Ich würde Sie ganz herzlich bitten, wenn Sie Fragen beantworten oder sich dann im zweiten Durchgang zu Wort melden, jeweils das Mikrofon zu benutzen und auch Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen, damit das entsprechend im Protokoll seinen Niederschlag findet.

Wir werden versuchen, so etwa 30, 35 Minuten für diese Anhörung hier an Zeit zu investieren, weil – ich sage es noch einmal – das, was schriftlich vorgetragen worden ist, eben schon Bestandteil unserer Beratungen ist. – So weit zu den allgemeinen Vorreden.

Erster Teil der Anhörung wäre jetzt die Frage an die Vertreter der Bänke bzw. an die Patientenvertretung: Gibt es aus Ihrer Sicht ganz konkreten Nachfragebedarf, Erläuterungsbedarf zu den Fragestellungen, die jetzt in den Stellungnahmen des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe oder des Diakonischen Werkes konkret enthalten sind, oder vielleicht auch darüber hinaus? – Ja, bitte schön.

Patientenvertretung: Danke, dass Sie gekommen sind. Wir haben ganz praktische Fragen an Sie. Meine erste Frage wäre: Wie läuft das ab, wenn Sie einen Patienten übernehmen, der aus dem Krankenhaus entlassen wird? Wie werden Sie informiert, ob dieser MRSA-infiziert oder besiedelt ist? Wie erfahren Sie, in welchem Stadium der Sanierung er bereits ist, und wie verläuft dann die weitere Kommunikation mit dem Hausarzt?

Herr Hecken (Vorsitzender): Wer möchte von Ihnen auf diese Frage antworten? Gibt es einen Freiwilligen, oder muss ich jemanden auswählen? – Frau Stenzel, bitte.

Frau Stenzel (DBfK): Ich denke, das kommt immer auch ein Stück weit darauf an, wie das Thema MRSA im Krankenhaus aufgestellt ist. Ich kann hier für Berlin sprechen. Wir haben in den Krankenhäusern zwei Schulen, weil es zwei – ich nenne es mal so – Hygieneexperten gibt, die für diese Schulen stehen. Von daher ergeben sich auch unterschiedliche Hygienemaßnahmen und auch eine unterschiedliche Bedeutung von MRSA in den Krankenhäusern. Dementsprechend wird auch unterschiedlich informiert. Also, ich würde sagen, es gibt sicherlich Krankenhäuser, die sehr differenziert mit dem Thema umgehen, sehr genau informieren. Es kann aber im Rahmen der Situation, dass, nachdem es nun die DRGs gibt, relativ schnell verlegt werden muss, wenn die Zeit abgelaufen ist, sicherlich auch mal passieren – aus meiner Wahrnehmung passiert es sogar häufiger –, dass gar nicht informiert wird, dass ein MRSA-Fall vorliegt.

Herr Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Schulze, bitte.

Frau Schulze (Diakonie Deutschland): In den Ländern ist es unterschiedlich verbreitet. Oft sind wir darauf angewiesen, aus den Krankenhäusern Informationen zu erhalten über Überleitungsbögen, die aber, wie Frau Stenzel schon sagte, nicht immer ausgefüllt werden. In der Praxis ist es oft so, dass die Pflegedienste von den Patienten selber bzw. durch Arztberichte oder auch durch Angehörige, wenn wir sie anrufen, weil noch Informationen benötigt werden, erfahren, dass ein MRSA vorliegt. Es gibt auch den Fall, dass schon eine Behandlung der Pflegebedürftigkeit in der Häuslichkeit vorgenommen wird und dann erst nach Tagen durch Erzählungen des Patienten festgestellt wird, dass der Verdacht auf MRSA bestand, wir also erst durch Nachforschen bei den Hausärzten selber erfahren, dass der Patient bereits infiziert ist und eine Sanierung notwendig ist. So wären Überleitungsbögen aus den Krankenhäusern schon schön und empfehlenswert. Aber das kann nicht Voraussetzung für eine Verordnungsfähigkeit aus dem Krankenhaus sein.

Herr Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Haben Sie noch Nachfragen dazu? Weitere Fragen der Bänke? – Bitte schön.

Patientenvertretung: Ich habe noch eine zweite Frage. Können Sie uns etwas über das familiäre Umfeld der betroffenen Patienten erzählen? Also, wie funktioniert die hauswirtschaftliche Versorgung? Ganz konkret steht dahinter natürlich die Frage des Wäschewechsels. Im Krankenhaus und im Pflegeheim wird das jeden Tag gemacht, und das scheint auch notwendig zu sein. Wer würde das machen, wenn Sie das nicht machen? Gibt es da Angehörige, gibt es eine Putzfrau?

Frau Schulze (Diakonie Deutschland): Wir versorgen häufig alleinstehende Patienten; es sind also nicht immer Angehörige da. So ist es in Deutschland ja momentan so, dass viele Angehörige der Arbeit nachziehen und eben nicht direkt zur Verfügung stehen. Bei Angehörigen, die vor Ort sind – ich denke da an Ehepartner –, be-

stehen häufig auch eine eingeschränkte Alltagskompetenz oder psychische Krankheiten, sodass ein hoher Beratungsbedarf des Patienten selber, aber eben auch der Angehörigen seitens des Pflegedienstes da ist.

Es gibt Empfehlungen von Gesundheitsministerien, so beispielsweise in Sachsen-Anhalt, wo ich herkomme, die durch die Krankenhäuser ausgegeben werden können, aber eben auch nicht immer da landen, wo sie landen sollen, nämlich bei den Angehörigen. So sehen wir uns als Pflegedienste schon in der Verantwortung, tatsächlich auch Wäschewechsel regelmäßig vorzunehmen, und zwar nicht nur den Wäschewechsel, sondern auch den Wechsel und die Desinfektion der persönlichen Gegenstände. Für uns ist das also ganz eindeutig, dass nur unter diesen Sicherheitsumständen die Behandlung tatsächlich zum Erfolg führt, also Beratung der Angehörigen und der Patienten selber vonseiten des Pflegedienstes.

Herr Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – DKG bitte.

DKG: Noch eine kurze Frage zum Übergabebogen. Sie haben jetzt so ein bisschen die Situation geschildert, wie es bislang ist. Es ist aber auch festzustellen, dass es die Maßnahme der MRSA-Sanierung in der HKP bisher noch gar nicht gab. Nachdem es diese jetzt geben wird, wird es ja auch eine Verordnung geben, und mit der werden Sie ja über viele Dinge dann auch in Kenntnis gesetzt. Darin wird dann auch enthalten sein, welche Maßnahmen im Einzelfall durchzuführen sind. Insofern ist ja eigentlich über das Ordnungsblatt der wesentliche Informationsgehalt, insbesondere auch die MRSA-Trägerschaft, mitgeteilt. Insofern ist mir jetzt im Augenblick noch nicht so ganz klar, was dann ein Übergabebogen daneben noch bewirken soll.

Frau Schulze (Diakonie Deutschland): Ich muss da noch mal nachfragen: Welcher Übergabebogen daneben?

DKG: Das ist ja von anderer Seite angesprochen worden. Es scheinen in der Versorgung in bestimmten Netzwerken bislang Übergabebögen benutzt zu werden, in anderen nicht; das ist wohl recht heterogen. Es ist natürlich klar: In einer Zeit, wo Dinge nicht geregelt sind, kann man dem einen gewissen Informationsgehalt bzw. eine gewisse Funktion zur Informationsübergabe zubilligen. Nur in diesem konkreten Fall bei der häuslichen Krankenpflege, wenn der G-BA ihn dann geregelt hat, erhalten Sie als Pflegedienst ja dann die Verordnung, wo das draufsteht, also a), dass der Patient MRSA-Patient ist, und b), dass Sie diese und jene Maßnahmen in der und der Frequenz über einen bestimmten Zeitraum durchzuführen haben. Insofern sind doch eigentlich dann alle wesentlichen Informationen dort schon einmal übermittelt.

Frau Stempfle (Diakonie Deutschland): Zur Frage nach dem Verhältnis von Verordnung und Übergabebogen. Wir haben ja bisher, wie Sie richtig sagen, nicht die Situation, dass aus dem Krankenhaus heraus die Nr. 26a verordnet werden kann, sodass wir im Augenblick auf die Übergabeleistungen des Krankenhauses angewiesen sind. Das haben die Kollegen ja geschildert.

Zum anderen sind die Übergabebögen, die wir bisher kennen, in der Regel sehr viel differenzierter als die Ordnungsmuster für die häusliche Krankenpflege. Insofern sind sie durchaus hilfreich, um hier auch für Kontinuität zu sorgen. Aber wir würden, wie gesagt, die Übergabebögen eher als qualitätssichernde Maßnahme sehen, aber nicht als Verordnungsvoraussetzung.

Herr Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Weitere Fragen? – Das sehe ich im Augenblick nicht.

Dann vielleicht noch einmal die Frage an Sie: Gibt es irgendwelche Gesichtspunkte, die aus Ihrer Sicht noch erwähnenswert sind und hier auch noch einmal zu Protokoll gegeben werden sollten, die über das hinausgehen, was Sie in Ihren schriftlichen Stellungnahmen schon vorgetragen haben, und vielleicht noch einmal einen anderen Blick auf die jeweils abgegebenen schriftlichen Stellungnahmen ermöglichen? Oder würden Sie aus heutiger Sicht das, was in den schriftlichen Stellungnahmen vorgetragen worden ist, als erschöpfend und abschließend betrachten, sodass eben keine weiteren Gesichtspunkte aus Ihrer Sicht hier noch vorgetragen wer-

den müssten? – Sie hatten sich gemeldet, Frau Stempfle. Ich frage Sie aber der guten Ordnung halber einfach der Reihe nach. Wir gehen von rechts nach links und fangen mit Frau Idler an.

Frau Idler (Der Paritätische): Ich habe keine weiteren Anmerkungen. Danke.

Herr Hecken (Vorsitzender): Dann sind wir bei Frau Stempfle.

Frau Stempfle (Diakonie Deutschland): Von unserer Seite aus wäre halt die Bitte, dass Sie relativ schnell die Nr. 26a verabschieden und natürlich auch das, was wir angemerkt haben, aufnehmen, weil wir einfach merken, dass es da eine große Versorgungslücke in der Praxis zum Thema MRSA gibt. Insofern wäre unsere Bitte, dass Sie relativ schnell tätig werden. – Vielen Dank.

Herr Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank für diese Bitte, die sich – glaube ich – auch mit der Intention des Unterausschusses deckt. Aber darüber werden wir uns dann gleich noch unterhalten. Dass es hier sicherlich einen Bedarf gibt, haben wir gesehen und deshalb ja auch diese Änderung hier veranlasst.

Frau Schulze, bitte. – Keine weiteren Anmerkungen. Frau Stenzel? – Auch keine weiteren Anmerkungen. Frau Jansen? – Auch keine weiteren Anmerkungen. Dann war das sehr kurz; aber, wie gesagt, es ging vor allen Dingen darum, dass man hier möglicherweise noch bestehenden Nachfragebedarf befriedigen kann.

Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, uns hier in dieser auch aus unserer Sicht sehr wichtigen Angelegenheit Rede und Antwort zu stehen. Ich erkläre die Anhörung für beendet und wünsche Ihnen einen guten Heimweg. Nochmals herzlichen Dank.

Schluss der Anhörung: 10.53 Uhr