



Kampf den Keimen

Dr. Michael Wilke, Markus Rathmayer, Hermann Scheffer

Berichte über tödliche Ausgänge von Krankenhausinfektionen, Hygienebeanstandungen in Sterilisationseinrichtungen, Befürchtungen über eine rasante Ausbreitung multiresistenter Keime – die Öffentlichkeit ist alarmiert. Bereits im vergangenen Jahr sah sich die Politik zum Handeln veranlasst. Zum 4. August 2011 trat das „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“ in Kraft. Die Autoren beschreiben, welche **Auswirkungen** die geänderte Rechtslage für Krankenhäuser hat, und zeigen, dass gutes Infektionsmanagement wirtschaftlich sinnvoll ist. Bis Ende März sollten die Länder entsprechende Verordnungen erstellen.

Foto: Fotolia



Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 7 500 und 40 000 Menschen jährlich in Deutschland an einer Infektion versterben, die im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen erworben wurde (nosokomiale Infektion). Im Mittelpunkt stehen die Befolgung von Hygieneregeln und die Umsetzung von – meist einfachen – Maßnahmen durch das medizinische Personal. Nach Expertenschätzungen sind 20 bis 60 Prozent dieser Infektionen vermeidbar.

Im Fokus steht die wachsende Schar multiresistenter Keime. Diese gegen Antibiotika zunehmend unempfindlichen Erreger verursachen nicht nur medizinische Probleme. Ihre Therapie ist in aller Regel ökonomisch ausgesprochen unattraktiv. Abhilfe verspricht vor allem die sorgfältige Auswahl des Antibiotikums, damit es nicht zur weiteren Selektion resistenter Bakterienstämme kommt. Des Weiteren müssen die Hygieneregeln akkurat eingehalten werden, um die Ausbreitung der Erreger einzudämmen.

Neu im Infektionsschutzgesetz

Bereits mit Einführung des Infektionsschutzgesetzes im Jahre 2001 sollten nosokomiale Infektionen und Erregerresistenzen durch Aufzeichnungspflichten und die Aufstellung von Hygieneplänen bekämpft werden. Die Länder haben dazu in ihren Krankenhausgesetzen Regelungen aufgestellt. In sieben Bundesländern wurden in der Folge bereits dezidierte Krankenhaushygieneverordnungen erlassen. Die aktuelle Änderung des Infektionsschutzgesetzes verpflichtet alle Bundesländer, bis zum 31. März 2012 vereinheitlichte Hygieneverordnungen zu erstellen. Verstöße gegen diese Verordnungen gelten nun als Ordnungswidrigkeit (Stand Mitte März 2012: Abb. 1)

Änderungen im Einzelnen

Die „Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ (Krinko) am Robert Koch-Institut

(RKI) soll Standards – Richtlinien zur Diagnose, Therapie und Prophylaxe – zu Infektionskrankheiten erstellen. Neu ist, dass diese für die Krankenhäuser verbindlich werden. Ein Verstoß kann mit Strafgeld – bei Nichtbezahlung mit „Zwangshaft“ – geahndet werden. Die Standards umfassen Regeln für die Hygieneausbildung des Personals, baulich-funktionelle Maßnahmen der Hygiene und des Hygienemanagements (z. B. die richtigen Orte für das Anbringen von Desinfektionsspendern) sowie Dokumentations- und Berichtspflichten im Falle von Infektionen, Erregern und Antibiotikatherapien.

Die Krankenhausleitungen werden explizit in die Verantwortung genommen. So werden sie für die Umsetzung aller Maßnahmen, zum Beispiel der dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Präventionsmaßnahmen und deren Dokumentation, verantwortlich gemacht.

Darüber hinaus wird die Einrichtung einer Kommission für Antinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) am RKI festgelegt. Ihre Aufgabe ist die Erstellung von Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen der Diagnostik und antimikrobiellen Therapie sowie von Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Infektionen mit resistenten Erregern. Ihre Empfehlungen werden analog der Krinko als verbindlich gelten. Für die Krankenhäuser bedeutet das, dass alle empfehlungsverbundenen Inhalte (bis hin zur fallbezogenen Antibiotikatherapie) genau zu dokumentieren sind. Insbesondere Abweichungen sind im Hinblick auf Rechtsstreitigkeiten zu begründen.

Um die Informationsmöglichkeiten der Patienten über die Hygienequalität der Krankenhäuser zu verbessern, sind einige Änderungen im Bereich der bundeseinheitlichen Qualitätssicherung vorgesehen. Bis zum 31. Dezember 2012 legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Qualitätsindikatoren fest, die die Bewertung und Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Krankenhäusern ermöglichen. Die Ergebnisse sollen in

die Qualitätsberichte der Krankenhäuser aufgenommen werden. Diese sind ab dem Jahr 2013 nicht mehr alle zwei Jahre, sondern jährlich zu veröffentlichen.

Die Krankenhäuser werden für das Berichtsjahr 2013 konkrete Ergebnisse zur Infektionshäufigkeit sowie zur Therapie publizieren müssen.

Das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (Aqua) wurde bereits beauftragt, für folgende Indikationsgebiete Verfahren der externen Qualitätssicherung zu entwickeln:

- Postoperative Wundinfektionen. Nachdem sektorenübergreifend nachbeobachtet werden soll, hat man sich auf Eingriffe aus dem § 115 b SGB V konzentriert, die ambulant beziehungsweise ambulant oder stationär erbracht werden können.

- Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen.

Spannenderweise zeigen neuere Studien aus den USA, dass gerade bei diesen Infektionen das höchste Potenzial zur Reduktion besteht (bis zu 60 Prozent). Die Ergebnisse sollen auch „im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität“ ausgewertet werden.

Die Gesundheitsämter sind jetzt zur Weiterleitung aller Daten über Krankenhausinfektionen an das RKI verpflichtet. Dadurch sollen eine zentrale Auswertung ermöglicht und Zusammenhänge sowie Entwicklungen sichtbar werden, die auf lokaler Ebene gegebenenfalls verborgen blieben.

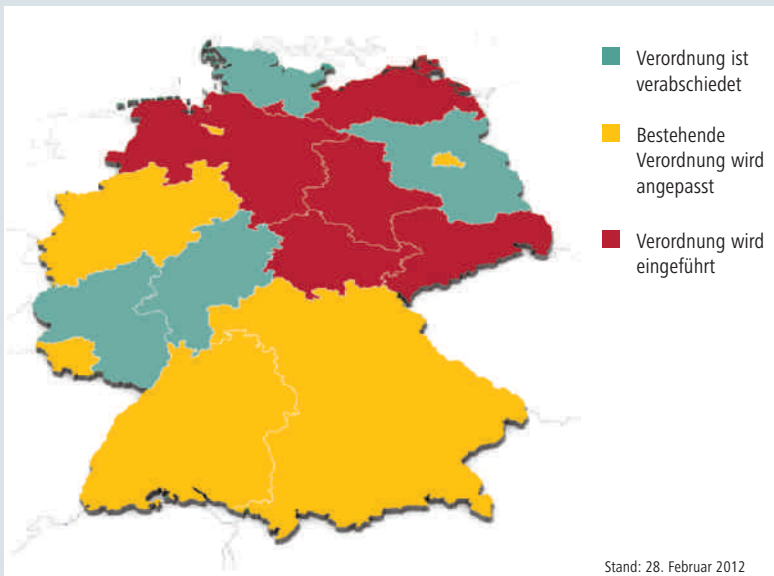
Zunächst auf zwei Jahre befristet wurden neue Abrechnungs- und Vergütungsregeln für die Therapie von Infektionen mit resistenten Erregern im ambulanten Sektor geschaffen.

Zu erlassende Rechtsverordnungen

Die zu erlassenden Rechtsverordnungen der Bundesländer treffen Regelungen zu

1. hygienischen Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen
2. Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission

Hygieneverordnungen der Bundesländer



Quelle: <http://www.rationelle-hauswirtschaft.de>

Bundesland	bestehende Hygieneverordnung vom	Stand/geplante Verabschiedung der neuen Hygieneverordnung	neue Hygieneverordnung vorhanden	bestehende Hygieneverordnung wird angepasst	neue Hygieneverordnung muss erstmals erlassen werden
Bayern	1.1.2011	wird aktuell angepasst		x	
Baden-Württemberg	15.1.2010	Anhörungsverfahren abgeschlossen		x	
Berlin	15.9.2006	Mai 2012		x	
Brandenburg	6.2.2012		x		
Bremen	9.4.1990	13.3.2012		x	
Hamburg		31.3.2012			x
Hessen	25.11.2011		x		
Mecklenburg-Vorpommern		20.3.2012			x
Niedersachsen		1.4.2012			x
Nordrhein-Westfalen	1.1.2010	wird aktuell angepasst		x	
Rheinland-Pfalz	28.2.2012		x		
Saarland	12.12.2007	wird aktuell angepasst		x	
Sachsen	17.11.1998	31.3.2012			x
Sachsen-Anhalt		Mitte/Ende März 2012			x
Schleswig-Holstein	8.9.2011		x		
Thüringen		31.3.2012			x

Quelle: <http://www.rationelle-hauswirtschaft.de>

Abb. 1

3. der erforderlichen personellen Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und der Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten, einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2016 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation

einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals
 4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragten Ärzte

5. der erforderlichen Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention
6. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht
7. der zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderlichen Einsichtnahme der in Nummer 4 genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten
8. der Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind
9. der klinisch-mikrobiologischen und klinisch-pharmazeutischen Beratung des ärztlichen Personals
10. der Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind.

Aus heutiger Sicht muss auf jeden Fall die Frage interessieren, wie das geforderte Fachpersonal gewonnen werden kann. Nach Angabe der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) würde die Umsetzung der Krinko-Empfehlungen, die den Bestimmungen der Hygieneverordnungen zugrunde liegen sollten, zu einem Personalbedarf von etwa 270 Krankenhaushygienikern, rund 1 800 hygienebeauftragten Ärzten und rund 1 300 Hygienefachkräften führen. Derzeit sind diese Personalressourcen auf dem Arbeitsmarkt jedoch nicht verfügbar. Die Ausbildung dürfte einige Zeit in Anspruch nehmen. Die einschlägigen Ausbildungsinstitute berichten bereits von Wartelisten. Der massiv vorgetragene Hinweis der Krankenhausgesellschaft dürfte auch dazu beigetragen haben, dass das Gesetz nunmehr die Möglichkeit zu Übergangsregelungen bis längstens Ende 2016 vorsieht.

Hin zum effizienten Infektionsmanagement

Nach Publikation der Verordnung sollte jede Krankenhausleitung Soll und Ist zwischen den neuen Regelungen und dem Erfüllungs- oder Umsetzungsgrad im eigenen Haus abgleichen.

Auch wenn scheinbar Zeit bleibt – ein Hygieneskandal in den Medien ist das Damoklesschwert, das über jeder Krankenhausleitung hängt.

Die gute Nachricht: Ein effizientes Infektionsmanagement ist nicht nur gut für die Patienten und Mitarbeiter, es ist auch ökonomisch sinnvoll. Fälle mit Krankenhausinfektionen sind teuer. Ein MRSA-Fall führt zu Mehrkosten von 5 000 bis 10 000 Euro. Das DRG-System gewährt – politisch gewollt – keine Vollfinanzierung der Mehrkosten. Einige aktuelle Studien zeigen aber, dass die optimale Therapie richtig Geld spart. So bringt allein die konsequente Einhaltung von aktuellen Antibiotikatherapieleitlinien bei ambulant erworbener oder nosokomialer Pneumonie signifikante Einsparungen in den Gesamtkosten und der Verweildauer. Die Arzneimittelkosten sinken ebenfalls. Die konsequente Therapiesteuerung komplexer Infektionen mittels moderner Biomarker ermöglicht Einsparungen auf der Intensivstation im sechsstelligen Bereich.

Der Weg zum effizienten Infektionsmanagement erfolgt über die Analyse der Routinedaten:

- Routinedaten sind leicht verfügbar
- aus den vorliegenden § 21-Daten wird eine „Infektionslandkarte“ (Abb. 2)
- der Abgleich mit Ergebnissen aus Hygiene und Mikrobiologie gibt Auskunft darüber, wie gut Infektionen heute kodiert sind
- die Analyse von Fällen im kollegialen Dialog – bekannt als Peer Review – zeigt, wo sich Verbesserungspotenziale verbergen
- die Extrapolation der Potenziale anhand der Daten erlaubt eine Abschätzung, der medizinischen und ökonomischen Verbesserungsmöglichkeiten.

Beispiel eines Ausschnitts aus einer Infektionslandkarte, erstellt mit dem Werkzeug „Infektionen entschlüsseln“

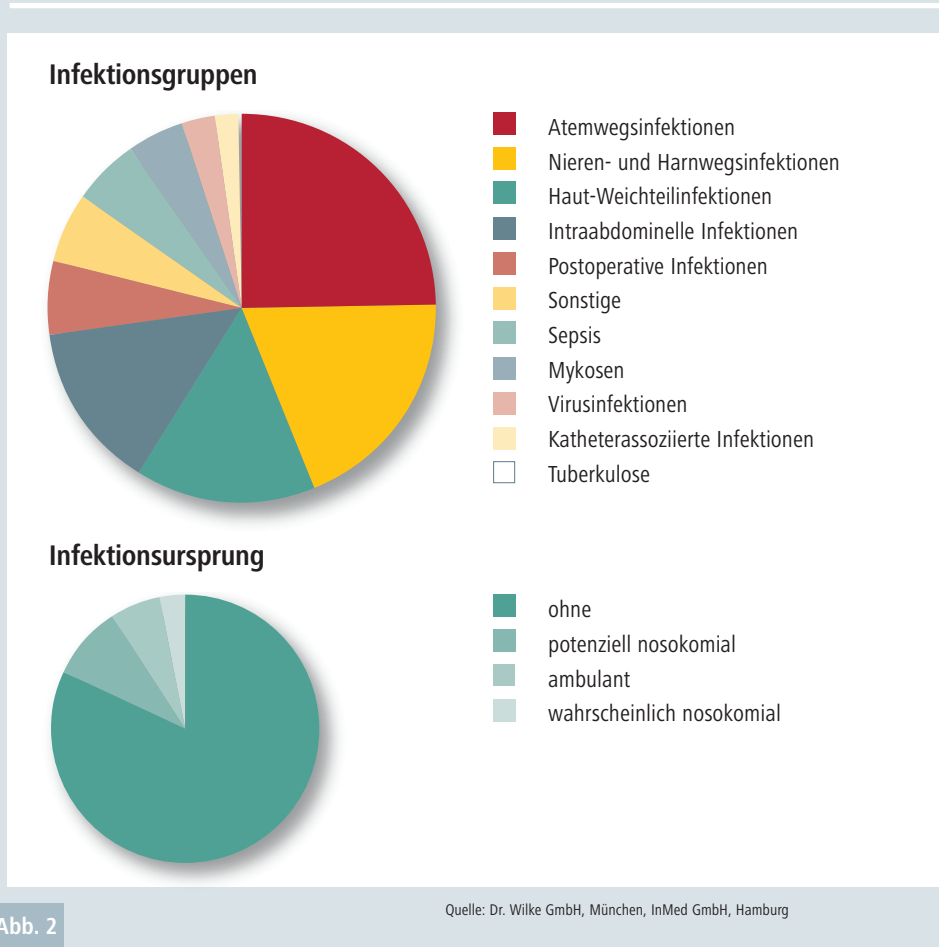


Abb. 2

Als Konsequenz folgen der Analyse die Schritte:

- Erstellung neuer Therapieleitlinien und Implementierung im Alltag
- Einführung einer EDV-basierten Antibiotikaauswahl
- Dokumentation der patientenbezogenen Maßnahmen des Infektionsmanagements im Krankenhausinformationssystem, wie Diagnostik, Antibiotikagabe und Isolationsmaßnahmen
- Schulung der Mitarbeiter.

Zur Einführung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und zur Sicherung der Nachhaltigkeit der getroffenen Maßnahmen müssen die Ergebnisse zunächst regelmäßig gemessen werden (anfangs monatlich, wenn die Prozesse verankert sind reichen vierteljährliche Zyklen). Die eigenen Ergebnisse sind dann in einem Vergleichsring im Sinne

des Best-practice-Ansatzes mit den Qualitätsführern zu vergleichen. Aus dieser Betrachtung sind wiederum neue Maßnahmen abzuleiten.

Literaturhinweise auf unserer Website www.bibliomed.de/fundw und bei den Verfassern.

Anschriften der Verfasser:

Dr. Michael Wilke
Geschäftsführer

Markus Rathmayer
Senior Partner

Dr. Wilke GmbH
Josef-Wild-Straße 13
81829 München

Hermann Scheffer, MBA
Benekendorffstraße 40d
13469 Berlin