



Foto: Tyler Olson – Fotolia

Infektionsmanagement ist Qualitätsmanagement

Interview mit Dr. Michael Wilke

Laut Bundesministerium für Gesundheit sind Qualität und Qualitätssicherung entscheidende Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem.

Dr. Michael Wilke ist als Arzt und ehemaliger Leiter des DRG-Competence Centers im Klinikum München Schwabing ausgewiesener Experte für das deutsche Krankenhauswesen. Als Mitglied in der Expertengruppe zur DRG Etablierung in Deutschland von 2002 bis 2004 im Bundesministerium für Gesundheit und Geschäftsführer der Dr. Wilke GmbH kennt er die klinische Wirklichkeit genauso wie die wirtschaftlichen Stellhebel der Gesundheitswirtschaft. Mit ihm sprach die KU Redaktion über Qualitätsmanagement und Infektionsmanagement im Krankenhaus.

tem. Die Sicherung und Verbesserung der Qualität soll gewährleisten, dass Patientinnen und Patienten nicht nur bedarfsgerecht, sondern auch wirtschaftlich versorgt werden.

KU Herr Dr. Wilke, Hygiene spielt in Krankenhäusern traditionell eine sehr große Rolle – ist da ein Qualitätsmanagement in diesem Bereich überhaupt notwendig?

Wie in allen Bereichen des Krankenhauses dient das Qualitätsmanagement zunächst einmal der internen Verbesserung. Unabhängig von gesetzlichen Vorgaben werden Prozesse zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung, Ableitung von Maßnahmen und Erfolgskontrolle etabliert. Diese Management Regelkreise stellen die unabdingbare Voraussetzung für einen qualitätsgesicherten Ablauf dar.

Qualitätskontrollen der Kodierung und der Dokumentation bringen Krankenhäusern Vorteile bei der Abrechnung der DRGs. Wirkt sich die Einführung intensiver Qualitätskontrollen in Sachen Hygiene ähnlich aus?

DRGs gewähren uns eine pauschalierte Vergütung basierend auf den mittleren Kosten bestimmter Fall-

konstellationen. Diese basieren zu einem hohen Maße auf der mittleren Verweildauer.

Gute Hygiene beziehungsweise gutes Infektionsmanagement tragen dazu bei, dass wir unsere Patienten kürzer und damit kostengünstiger behandeln.

Welche Vorgaben und Aufgaben erwachsen den Krankenhäusern aus den Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes von 2011?

Seit die Landeshygieneverordnungen 03/2012 in Kraft getreten sind, haben die Häuser die Verpflichtung zusätzlich zu den bestehenden Hygienevorschriften Maßnahmen zur rationalen Anwendung von Antibiotika einzuführen. Die Empfehlungen des RKI erhalten Richtliniencharakter, das heißt sie sind quasi Gesetz. Schließlich werden einige Indikatoren aus dem Bereich Infektionen wie etwa Katheterinfektionen und Wundinfektionen Teil der verpflichtenden Qualitätssicherung nach §137 SGB V.

Das am 1. Januar in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz sieht vor, dass bei der Krankenhausvergütung auch an Qualitätsaspekte angeknüpft wird. Wie kann die Leitung im Rahmen des Qualitätsmanagements einen solch komplexen Organismus wie ein Krankenhaus im Fokus behalten?

Zunächst einmal gilt es die Qualitätsaspekte, die höchstwahrscheinlich vergütungsrelevant werden – da gehören Infektionen 100%ig dazu – im eigenen Haus zu überprüfen. Wer es noch nicht getan hat, sollte umgehend ein Antibiotic StewardShip Team etablieren und als erstes die relevanten Kennzahlen rund um dieses Thema erheben. Wenn Handlungsbedarf erkennbar wird, sind Ziele zu definieren, die mit Maßnahmenpaketen in definierten Zeiträumen erreicht werden können. Wenn das IQTiG und der G-BA die vergütungsrelevanten Indikatoren publizieren ist es wahrscheinlich zu spät mit Verbesserungsmaßnahmen anzufangen!

Was bedeutet Antibiotic Stewardship (ABS)?

Antibiotic oder genauer Antimicrobial StewardShip (ABS) bezeichnet die Summe aller Maßnahmen in einer Organisation um Strukturen und Prozesse zur rationalen Anwendung von antimikrobiellen Substanzen. Ziel ist die Vermeidung unnötiger Resistenzentwicklung und natürlich – zuallererst – die korrekte Therapie der Patienten mit Infektionen.

Typische Instrumente sind Antibiotikaverordnungsanalysen in Form von Punktprävalenzanalysen oder Peer Reviews, regelmäßige Visiten, eine standardisierte Auswertung der Verordnungen und die enge Verzahnung mit bestehenden Werkzeugen und Maßnahmen in der Hygiene.

In angelsächsischen Ländern gibt es strukturierte Programme und Weiterbildungen schon lange. In Deutschland wurden in den vergangenen Jahren zunächst Weiterbildungsprogramme aus Österreich von einem Institut in Frei-



**Dr. Michael Wilke, 51
Arzt & Gesundheitsökonom**

Ausbildung, bisherige Stationen im Berufsleben:

1994 – 1996 Assistenzarzt Chirurgie / Anästhesie – Diakoniewerk München
1996 – 2001 klinische Tätigkeit in der Chirurgie, Notfall- und Intensivmedizin im Klinikum München-Schwabing
2000 – 2004 Leiter „DRG Competence – Center“: Nationale und internationale Aktivitäten rund um DRG,
2002 – 2004 Arbeit für die Krankenhausleitung, Leitung DRG CC
2002 – 2004 Mitglied in der Expertengruppe zur DRG Etablie-

burg an die hiesigen Gegebenheiten angepasst. Mit Etablierung des Hygieneförderprogramms im KHEntgG (2013) wurde das dortige Curriculum verbindlich und es gibt mittlerweile einige Anbieter von strukturierten Weiterbildungen in Deutschland. Die Bundesärztekammer plant in naher Zukunft auch einen anerkanntsfähigen Titel mit festen Weiterbildungsinhalten zu etablieren.

Ist Infektionsmanagement gleichbedeutend mit Qualitätsmanagement?

Ja natürlich! Infektionsmanagement ist eine Ausprägung von gelebten Qualitätsmanagement, so wie einheitliche Prozessbeschreibungen (SOP), OP-Checklisten, CIRS-Systeme, QS-Erfassung nach §137 SGB V und andere.

rung in Deutschland im Bundesministerium für Gesundheit
2005 – 2006 Business Manager „CC Healthcare“ bei Ramboll Management Germany
Seit 2007 Geschäftsführender Gesellschafter inspiring-health, Dr. Wilke GmbH.

Was motiviert Sie bei Ihrer Arbeit am meisten?

Lösungen zu finden, bei denen gute Medizin gut vergütet werden kann. Möglichst viele Menschen davon überzeugen, dass gute Qualität sich „lohnt“!

Wenn Sie etwas mit Ihrer Arbeit verändern könnten, was wäre das?

Keine Toten wegen vermeidbarer Fehler im Krankenhaus

Haben Sie ein persönliches Leitthema in Ihrem Beruf?

Nicht der Wind, sondern das Segel bestimmt die Richtung!

Wie entspannen Sie außerhalb der Arbeit?

Familie, Natur (Bergwandern, Segeln, Ausflüge mit dem Wohnmobil). Lesen.

Wie sieht für Sie modernes Infektionsmanagement im Krankenhaus aus?

Zu allererst bedarf es der Zusammenführung der Aktivitäten von Hygiene und ABS unter einer Leitung und in einer Verantwortung – idealerweise bei einem hauptamtlichen Ärztlichen Geschäftsführer. Die Trennung von Hygiene und ABS macht keinen Sinn und gibt es international auch nicht. Man unterscheidet infection prevention, was gleichzusetzen ist mit Hygiene sowie infection control, für den Fall, dass eine Infektion bereits vorliegt, was zusammen ABS und Hygienemaßnahmen entspricht.

Sie müssen sehen, dass 20-25 % der Fälle in einem Akutkrankenhaus ein Problem mit einer Infektion haben, gleich ob sie damit schon ins Krankenhaus kommen, was für die

überwiegende Mehrzahl gilt, oder die Infektion im Krankenhaus erst ausbricht, was übrigens überhaupt kein Indiz dafür ist, dass die Mitarbeiter des Krankenhauses „Schuld“ an dieser nosokomialen Infektion haben. Insbesondere Patienten mit Risikofaktoren wie Alter über 70, Diabetes oder eingeschränkter Immunabwehr haben ein hohes Risiko nach einer Operation oder im Rahmen eines anderen Ereignisses eine Infektion zu erwerben, die nicht immer vermeidbar ist. Experten schätzen, dass 40 % bis höchstens 60 % der nosokomialen Infektionen vermeidbar sind.

Wir müssen also unsere Energien sowohl auf die Vermeidung als auch auf eine optimale Therapie von Infektionen fokussieren.

Welche ökonomischen Effekte des Infektionsmanagements finden Sie persönlich besonders beeindruckend?

Ich finde es geradezu phantastisch, dass Infektionsmanagement eines der schönen Projekte ist, bei der die Qualität gesteigert und die Kosten gesenkt werden. Somit rentiert es sich sozusagen doppelt. Ein Krankenhaus mit 250 Betten, kann durch eine Optimierung der Verweildauern schnell eine sechsstellige Summe einsparen.

Welche Kennzahlen werden zur Steuerung des Infektionsmanagements durch die Krankenhausleitung herangezogen?

Zunächst brauchen wir die Häufigkeit von Infektionen und Informationen zur Qualität der Therapie. Man kann zum Beispiel relativ einfach messen, wie viele Patienten eine leitliniengerechte Initialtherapie erhalten. Darüber hinaus können wir erheben, wie oft wir Keime nachweisen. Liegt ein Keim (Erreger) vor, so kann man überprüfen, ob die Ergebnisse aus dem Antibiogramm in die Therapie einfließen. Über ein Jahr lässt sich durchaus auch messen, wie viele Patienten das Krankenhaus wieder – gesund oder gebessert verlassen und wie viele nicht. Durch das DRG-System haben wir sehr einfach auch immer die ökonomischen Ergebnisse „zur Hand“.

Woher kommen die Daten und die notwendigen Zusatzinformationen?

Die allermeisten Daten haben wir heute schon in unseren Systemen. Schwierig ist es oft bei der Antibiotikatherapie. Aus Gründen, die kein Mensch wirklich versteht, wird die Medikation eines Patienten im Krankenhaus nur in einem Bruchteil der Krankenhäuser per EDV erfasst. Ich persönlich hoffe, dass durch das Patientenrechtegesetz, die elektronische Gesundheitskarte - wenn sie denn kommt - und nicht zuletzt den Innovationsfonds dieses Problem endlich gelöst wird. Fehlende elektronische Arzneimittelinformation ist unter vielen Gesichtspunkten wie Interaktionscheck oder Medikationsfehlervermeidung eigentlich unverzichtbar. Die Diagnosen werden als ICD kodiert und können mit speziellen Algorithmen relativ einfach in Infektionsgruppen übersetzt werden. Leitlinien für die Therapie liegen vor und heute wird deren Einhaltung durch Peer Reviews, bei PPAs sowie bei Visiten überprüft.

Qualität im Operationssaal – misst sie sich nur an den erfolgreichen Eingriffen und wiederhergestellter Gesundheit der Patienten?

Wie in allen Bereichen werden auch im OP Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemessen. Auch wenn alle Anstrengungen auf gute Ergebnisse ausgerichtet sind, brauchen wir gut ausgebildete Mitarbeiter, hygienisch einwandfreie und technisch intakte OP-Säle sowie ein stringentes – tägliches – OP-Management.

Welche ökonomischen und qualitativen Vorteile sehen Sie für Krankenhäuser durch die konsequente Umsetzung eines Infektionsschutzmanagements?

Die Zukunft wird über die Leistungsqualität der Häuser entschieden. Wenn ein Haus in der qualitätsorientierten Vergütung Abschläge hinnehmen muss, dann sind die damit verbundenen Verluste das geringste Problem. Weil alle Daten öffentlich sein werden,

kann man davon ausgehen, dass die Patienten mit den Füßen abstimmen. Ein funktionierendes Infektionsmanagement wird den großen Teil der guten Leistungsqualität ausmachen. Darüber hinaus sind Mängel im Infektionsmanagement mit einer stark negativen Öffentlichkeitswirkung behaftet. Häufig wird in der Presse völlig undifferenziert berichtet und neben dem Imageschaden bleiben die Patienten weg.

Wird „Führen können“ ein Qualitätsmerkmal in Krankenhäusern sein?

Aus meiner Sicht ist dies bereits ein sehr wichtiges Qualitätsmerkmal! Ohne gute Führungskräfte ist jedes Unternehmen verloren. Infektionsmanagement ist ein wunderbares Thema, dass Managern eine gute Gelegenheit bietet, sich auf den Kernprozess „Optimale Patientenbehandlung“ zu fokussieren.

In Krankenhäusern gibt es scheinbar immer mehr Management, Nicht nur von Ärzteseite kommt hier Kritik auf. Wie können dennoch angesichts dieser komplexen Prozesse die Arbeit im Krankenhaus verschlankt, Ergebnisse schneller sichtbar und dennoch Freude an der Arbeit erhalten werden?

Eine gute Frage. Eines ist klar: Qualitativ hochwertige, sichere und erfolgreiche Patientenbehandlung ist aufwändig. Man muss jedoch sehr genau hinsehen, wo unnötige Arbeit entsteht. Besonders die Mehrfacherfassung von Informationen, die geringe Nutzung moderner EDV-Systeme und intelligenter Auswertungsmechanismen verursacht Mehrarbeit bei Ärzten und Pflegenden. So entsteht Frust bei denen, die bei der Patientenbehandlung unverzichtbar sind. Abstellen kann man das durch einen konsequenten Fokus auf die Bedürfnisse bei der Patientenbehandlung.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte KU-Redakteur Holger Peilnsteiner