

Krankenhaushygiene – die Auswirkungen des Infektionsschutzänderungsgesetzes

Erfolgreiche Auftaktveranstaltung des Fachkongresses DKG intensiv

Mit der Veröffentlichung der ersten Richtlinien zur Krankenhaushygiene und Infektionsprävention gehörte Deutschland 1976 zu den ersten Ländern in Europa mit klar formulierten Anforderungen an ein Hygienemanagement. Bis heute haben allerdings nur wenige Bundesländer Krankenhaushygieneverordnungen erlassen. Dies soll sich mit dem am 9. Juni 2011 vom Bundestag verabschiedeten und nicht zustimmungspflichtigen Infektionsschutzänderungsgesetz ändern. Auf der Fachveranstaltung „DKG intensiv – Krankenhaushygiene“, die am gleichen Tag in Berlin stattfand, nutzten rund 130 Teilnehmer aus Klinikmanagement, Politik und Wissenschaft die Gelegenheit, sich über offene Fragen und juristische Konsequenzen des Gesetzes auszutauschen.

Der Bund hat die Länder mit dem Infektionsschutzänderungsgesetz verpflichtet, bis zum 31. März 2012 Rechtsverordnungen zur Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinisch relevanten Einrichtungen zu erlassen und auch Regelungsinhalte vorgegeben. Die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) zur Infektionsvermeidung

und zur Personalausstattung sind künftig verbindlich. Eine noch zu schaffende Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) soll zudem Empfehlungen zum Antibiotikaeinsatz herausgeben. Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen werden ausdrücklich zur Durchführung der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmaßnahmen verpflichtet (§ 23 IfSG neu). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss spätestens bis zum 31. Dezember 2012 in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene vorgeben und Indikatoren zur Messung der Hygienequalität festlegen. Die Ergebnisse sollen in die ab 2013 jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsberichte integriert werden. In der vertragsärztlichen Versorgung wird eine Vergütungsregelung für die ambulante Therapie der mit Methicillin resistenten Staphylococcus (MRSA) infizierten Patienten sowie für die diagnostische Untersuchung von Risikopatienten geschaffen. Stationäre Einrichtungen erhalten für das Screening keine zusätzliche Vergütung. Obwohl 80 Prozent der Antibiotikaverordnungen im vertragsärztlichen Bereich erfolgen, sind



Rund 130 Fachbesucher aus Klinikmanagement, Politik und Wissenschaft kamen am 9. Juni 2011 zur Auftaktveranstaltung der neuen Veranstaltungsreihe „DKG intensiv“ mit dem Schwerpunkt Krankenhaushygiene.

DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters: „Die Kliniken unterstützen den Kampf gegen Infektionen und Resistenzen ohne jede Einschränkung.“



DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum schlug den Verzicht auf die Kürzungen als Investition in die Sicherheit der Bürger vor.



Prof. Dr. Petra Gastmeier, Charité: „Wenn die Position des Hygienikers mit der des Experten für Antibiotikaaanwendung kombiniert wird, lassen sich Einsparungen erzielen.“

nur Krankenhäuser und Einrichtungen zum ambulanten Operieren verpflichtet, ihren Antibiotikaverbrauch zu dokumentieren.

Guter Ansatz, unzureichende Umsetzung

Die mit der Gesetzesänderung verbundenen Ziele, Hygiene und Infektionsschutz in der medizinischen Versorgung zu stärken, begrüßte DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters auf der Veranstaltung DKG intensiv ausdrücklich. Ob jedoch die beschlossenen Maßnahmen dazu beitragen, die Ziele zu erreichen, bezweifelte er ebenso wie die meisten Referenten und Teilnehmer des Fachkongresses. Als Gründe für seine Skepsis nannte Dr. Kösters unter anderem die fehlende sektorenübergreifende Konzeption insbesondere bei der Bekämpfung der Antibiotikaresistenzen sowie die überflüssige Bürokratie, die mit dem umfangreichen jährlichen Hygienebericht verbunden sein wird. Zudem seien die Anforderungen an die personelle Ausstattung selbst innerhalb der Übergangsfrist bis 2016 mit den derzeitigen Ausbildungszeiten für Krankenhaushygieniker nicht einhaltbar. Die Kosten für die Umsetzung der neuen Aufzeichnungs- und Dokumentationspflichten, das zusätzliche Hygienefachpersonal sowie die Isolierung und Sanierung von Patienten, die mit resistenten Erregern besiedelt seien, schätzte Dr. Kösters auf nahezu 1 Prozent der Krankenhausaussgaben jährlich. DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum bezifferte allein die Kosten für den Bericht der Charité mit 100 000 €. Baum forderte allerdings nicht mehr Geld. Die Kliniken bräuchten nicht mehr als man ihnen im nächsten Jahr in Form von Kürzungen nehmen wolle.

Jens Ackermann, MdB, Obmann der FDP im Gesundheitsausschuss, rechnete vor, dass eine Senkung der vermeidbaren

Krankenhausinfektionen alleine durch die Reduzierung von Krankenhaustagen zu Einsparungen von rund 850 Mio. € führen könnten. Dies setzt jedoch die Wirksamkeit der Maßnahmen voraus, wie unter anderem Winfried Jakobs, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg, anmerkte. An diesem Punkt äußerten die anwesenden Krankenhaushygieniker jedoch Zweifel. So kritisierte Prof. Dr. Petra Gastmeier, Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité, die Fokussierung auf MRSA im Gesetz. Die von MRSA ausgelösten Infektionen seien rückläufig und verursachten insgesamt nur 5 Prozent der Krankenhausinfektionen. Sie wies zudem auf den Erfolg des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) hin, an dem rund 900 Krankenhäuser freiwillig teilnehmen. In diesen Krankenhäusern seien mit der systematischen Erfassung von Infektionen die Infektionsraten gesunken. Ein Indikatorensystem zur Qualität der Hygiene begrüßte Prof. Gastmeier, sofern es um Indikatoren zur Strukturqualität gehe. Frankreich könne diesbezüglich als Vorbild dienen.

In der Diskussion ging es unter anderem um den Fachkräftemangel. Dieser sei zum Teil selbst verschuldet, da beispielsweise Hygienefachärzte oft geringer bezahlt würden als ihre Kollegen und die Ausbildung damit nicht attraktiv sei. Kritik gab es zudem an den MRSA-Screenings, die im niedergelassenen Bereich durchgeführt werden sollen. Dort sei häufig nicht das erforderliche Wissen vorhanden, wann ein Patient mit MRSA-Besiedelung saniert werden kann und wann dies nicht erforderlich sei. Das könne zu einer erheblichen Kostensteigerung führen. Zudem gebe es bereits effektive Initiativen, multiresistente Keime zu reduzieren, so zum Beispiel das an diesem Tag kurz vorgestellte Netzwerk LARE in Bayern (www.lgl.bayern.de/gesundheit/lare).

KRINKO-Empfehlungen aufgewertet

Am Nachmittag stellte PD Dr. Heinz-Michael Just, Leiter des Instituts für Klinikhygiene, Medizinische Mikrobiologie und Klinische Infektiologie des Klinikums Nürnberg Nord, die Aufgaben und den Stellenwert der Empfehlungen der KRINKO und künftig der Kommission ART vor. Gemäß § 23 Absatz 3 IfSG hat die Leitung eines Krankenhauses oder einer anderen medizinischen Einrichtung dafür zu sorgen, dass die „erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden“. Die Empfehlungen der KRINKO sollen künftig zu Leitlinien weiterentwickelt werden, an denen sich die Krankenhäuser orientieren müssen. Das gilt laut PD Just jedoch nur, wenn die Empfehlungen tatsächlich den Stand der Wissenschaft wiedergeben. Das sei bislang nicht immer der Fall.

Haftung und Management

Rechtsanwalt Dr. Max Middendorf, Kanzlei Bergmann und Partner, erläuterte in diesem Zusammenhang die Problematik der Haftung. Ein Abweichen von den KRINKO-Empfehlungen sei künftig ein Indiz für die Strafverfolgung, da es sich um einen grundsätzlich objektiven Sorgfaltsverstoß handele. Führe dieser nachweisbar kausal zu einem Schaden, komme eine Strafbarkeit in Betracht. Eine Sorgfaltspflichtverletzung des behandelnden Arztes unterbreche die Strafbarkeit nicht. Als Beispiel nannte er einen vom Landgericht Nürnberg (Urteil vom 8. Februar 2006 – 2 Ns 915 Js 144710/03) entschiedenen Fall, in dem ein Fuhrunternehmer für den Tod zweier Menschen verurteilt wurde. In diesem Fall hatte der unfallverursachende Fahrer die zulässige Lenkzeit überschritten und war eingeschlafen. Die Unternehmensorganisation habe aber vorgesehen, dass die angestellten Fahrer die Lenkzeit regelmäßig überschreiten mussten. Wer als Geschäftsführer eines Krankenhauses folglich nicht zeitnah die Hygienerichtlinien um-

setzt, kann, wenn ein Patient dadurch zu Schaden kommt, auch strafrechtlich belangt werden. Der erweiterte und gesetzlich konkretisierte Pflichtenkreis der Krankenhausleitung im neuen IfSG mache der Staatsanwaltschaft diese Strafverfolgung einfacher.

Zum Abschluss der Veranstaltung stellte PD Dr. Frauke Mattner, Chefärztin des Zentralbereichs Hygiene, Kliniken der Stadt Köln, Praxisbeispiele zur Hygienverbesserung vor. Über die Daten des Krankenhausinformationssystems wurden die möglichen Hygieneprobleme in einzelnen Abteilungen ermittelt. Da auch in Köln nicht alle Stellen für Hygienefachkräfte besetzt sind, wurde die Priorität auf Verbesserungsprozesse in den Abteilungen mit Hochrisikopatienten gesetzt. Darüber hinaus überwacht das Hygieneteam im gesamten Klinikum kontinuierlich den Infektionsmittelverbrauch und gibt vierteljährlich eine Rückmeldung an die Verantwortlichen der jeweiligen Bereiche. Dies mache epidemiologisch erst einmal keinen Sinn, so PD Mattner, aber der Erinnerungseffekt sei enorm. Nach dem dritten Durchgang gebe es keine „schwarzen Schafe“ mehr. Die hygienebeauftragten Ärzte seien alle Ober- und Fachärzte, die aufgrund ihrer Hygienefortbildung eine Zulage erhielten und deshalb gut in die Pflicht genommen werden könnten. Die hygienebeauftragten Pflegekräfte (Linknurses) der Klinik werden einmal jährlich für eine einwöchige Fortbildung und für zwei Netzwerktreffen freigestellt. Das alles sei nur möglich, weil die Geschäftsführung der Hygiene den notwendigen Stellenwert einräume. Um die dringend benötigten Fachkräfte auszubilden, müssten jetzt finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen gesetzt werden. Zumindest in Bezug auf die Ausbildung dieser Fachkräfte gibt es inzwischen Fortschritte, wie Prof. Gastmeier berichtete. Ab Herbst soll es eine neue Weiterbildung für Ärzte geben, die insgesamt 200 Stunden umfasse und innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen werden könne.

Anja Wunsch

Fotos: Bildschön/DKG



Weiterbildung zum Medizin-Ökonom (IHK)

- neue praxis-orientierte Weiterbildung zur Einführung in immer komplexere Arbeitsabläufe und Strukturen im Gesundheitswesen, speziell in Krankenhäusern
- bestehend aus fünf Modulen
- berufsbegleitend absolvierbar von September 2011 bis Januar 2012 oder 1. Halbjahr 2012.

Die Weiterbildung zum Medizin-Ökonom mit der Abschlussprüfung vor der IHK, kann ein wichtiger Baustein zur weiteren Gestaltung der eigenen Karriere sein.

Weitere Informationen und Anmeldung:

Sabine Höring Telefon: +49 2202 9612-15 · sabine.hoering@pro-klinik.de
PRO-KLINIK MANAGEMENTAKADEMIE GmbH & Co. KG
Richard-Zanders-Str. 45 · 51469 Bergisch Gladbach · www.pro-klinik.de

PRO-KLINIK
MANAGEMENTAKADEMIE



Weiterbildung zum
Medizin-Ökonom (IHK)

Wir lassen Sie
mehr wissen!

