



Eckpunkte Hygiene

(Stand: 20.01.2011)

Wesentliche Punkte zur Verbesserung der Hygiene in Krankenhäusern,
Pflegeeinrichtungen und im ambulanten Bereich

1. Bundeseinheitliche Hygieneverordnung mit einheitlichen Mindeststandards, Verbindlichkeit der RKI-Richtlinien
2. Erweiterung des Infektionsschutzgesetzes durch Einrichtung eines Bundeshygieneregisters
3. Anpassung und Erweiterung der existierenden Finanzierungsmechanismen
4. Definition von MRSA-Risikogruppen, Screening und Sanierung von Risikogruppen bzw. MRSA-Infizierten
5. Verbesserung der Transparenz
6. Implementierung eines rationalen, bundesweiten Antibiotika-Einsatzes

Erweiterung Bundesinfektionsschutzgesetz

1. Die Richtlinien des Robert-Koch-Institutes (RKI) erhalten einen verbindlichen Charakter für Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen und sind bundeseinheitlich umzusetzen.
2. Neben diesen Richtlinien werden durch Änderung des Bundesinfektionsschutzgesetzes bundeseinheitliche Hygieneverordnungen in den Ländern erreicht, die der Erzielung einheitlicher hygienischer Mindeststandards im gesamten Bundesgebiet dienen.
3. Für den Fall der Nichterfüllung der durch die bundeseinheitliche Hygieneverordnung ausgewiesenen hygienebezogenen Qualitätsmerkmale wird unter anderem die Möglichkeit der finanziellen Sanktionierung geschaffen.
4. Die Hygienequalität der Versorgungseinrichtungen findet in eine zukünftige qualitätsorientierte finanzielle Förderung und Vergütung medizinischer Einrichtungen Eingang. Vergütungssteigerungen sollen dabei an Qualitätssteigerungen gebunden sein.
5. In § 23 IfSG wird ein Absatz 3 eingeführt, der vorsieht, daß zur Umsetzung und Einhaltung der Richtlinien des RKI jedes Krankenhaus mit mehr als 30.000



jährlichen Behandlungsfällen einen Hygieneverantwortlichen anstellt (qualifizierter Arzt/Hygienefachkraft, Mikrobiologe im Sinne eines Vollzeitäquivalentes). In Krankenhäusern mit weniger Fällen sind Teilzeitanstellungen oder Kooperationen mehrerer Häuser möglich.

6. Definition von Risikogruppen und verpflichtender Richtlinien zu sektorenübergreifenden Screening- und Sanierungsverfahren von MRE-Besiedelten und -Infizierten in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und im ambulanten Bereich. § 28 IfSG wird derart ergänzt, daß vor elektiven Krankenhauseinweisungen bei Risikopatienten ein MRSA-Screening durch den Einweiser zu erfolgen hat.
7. Schaffung von bundesweiten EBM-Ziffern für das MRSA-Screening gem. § 87 Abs. 1 SGB V und die -Sanierung.
8. Melde- bzw. Berichtspflicht für den Nachweis einer Besiedlung oder Infektion mit MRE wie MRSA, VRE, ESBL-Bildnern.
9. Nichterfüllung der Melde- und Berichtspflicht oder Manipulationen ziehen gestuft nach sich: Verwarnung mit Veröffentlichung im Qualitätsbericht, Bußgeld, temporären und endgültigen Entzug von Leistungserbringungsbefugnissen.
10. Bundesgesetzliche Verpflichtung zur Umsetzung der EU-Direktive 2003/94/EC vom 8. Oktober 2003 zur guten Herstellungspraxis für Arzneimittel zu Anwendung an Mensch und Tier.
11. Einrichtung eines Bundeshygieneregisters (BHR) an unabhängiger Stelle, Ausschreibung durch das BMG unter den deutschen Universitäten für zunächst fünf Jahre mit Evaluationsklausel. Die Daten der Meldungen und Berichte werden von den Landesgesundheitsbehörden und über die Antibiotikaverordnungen sowie implementierten Hygienestandards durch Kassen und KVen über eine einheitliche EDV-Plattform unverzüglich an das BHR weitergeleitet. Bei Anpassungen der RKI-Richtlinien an neue evidenzbasierte wissenschaftliche Erkenntnisse arbeitet das BHR mit dem RKI zusammen.
12. Das BHR erstellt in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften ein standardisiertes Verfahren zur Erfassung, Information und Meldung, zur systematischen, lückenlosen, kontinuierlichen, bundesweiten Auswertung der Daten sowie zur Qualitätstransparenz. Dies ermöglicht die frühzeitige Erkennung von Ausbreitungsmustern und langfristigen epidemiologischen Tendenzen von MRE. Die erfaßten Daten fließen in Empfehlungen des BHR zur kontinuierlichen Anpassung der RKI-Richtlinien ein.
Das BHR berät die Landesgesundheitsbehörden, die KVen und die



- Ärzttekammern auch in Fragen der Fort- und Weiterbildung.
13. Zu den Aufgaben des BHR zählt die Erforschung der MRE und NI insbesondere unter dem Gesichtspunkt hygienebezogener Versorgungsforschung.
 14. Veröffentlichung eines jährlichen Bundeshygieneberichtes durch das BHR mit Informationen u. a. zur räumlichen und sektoralen Verteilung, Inzidenz, Prävalenz und zur Entwicklung des Erregerspektrums sowie den hygienebezogenen Ergebnisqualität und den Leistungsstandards der Versorger.

Transparenz

15. Nosokomialen Infektionen sind gem. § 137 Abs. 3 Ziffer 4 SGB V in den Qualitätsberichten zu veröffentlichen. Dies gilt auch für Prüfergebnisse.
16. Merkmale und Kriterien eines hohen Hygienestandards sind zu formulieren und ihr Status durch die jeweilige Einrichtung zu veröffentlichen.
17. Das BHR kann ein Qualitätssiegel für Krankenhäuser mit geringer Infektionsrate und strukturell, personell sowie qualifikatorisch hohem Hygienestandard verleihen.

Reduktion der Resistenzbildung

18. Einheitliches Verfahren zur quanti- und qualitativen Erfassung der Antibiotikaaanwendung und Rückkoppelung der Informationen an die Verordner mit Beratungsangebot auf regionaler Ebene und Datenübermittlung an das BHR.
19. Verbindliche Mindeststandards für rationale Antibiotikatherapie in den Sektoren, qualifizierte Begleitung der Antibiotikaverordnungen durch Infektiologen/Mikrobiologen/Pharmazeuten im Krankenhaus, durch beratende Pharmazeuten der KVen im ambulanten Sektor.
20. Datenschutzrechtliche Ermöglichung und verfahrenstechnische Regelung der anonymisierten Auswertung von Verordnungs- und anderen Patientendaten (Krankenkassen, Krankenhäuser, KVen) zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung vor Ort und Weiterleitung an das BHR. Klare Zuweisung der Verantwortlichkeiten für die infektiologisch-hygienische Qualitätssicherung in den Sektoren.
21. Qualitätswettbewerb durch Zertifizierung (z.B. Antibiotic Stewardship als qualitätsgesicherte Leistung niedergelassener Ärzte), Fortbildungen, Zusatzqualifikationen, (zusatz-)qualifiziertes Fachpersonal.

Jens Ackermann

Mitglied des Deutschen Bundestages
Mitglied im Gesundheitsausschuss



Lars F. Lindemann

Mitglied des Deutschen Bundestages
Mitglied im Gesundheitsausschuss

PRESSEMITTEILUNG

Krankenhaushygiene verbessern: 40.000 Tote sind zu viel!

In Deutschland sterben fast zehnmal so viele Menschen durch mangelnde Krankenhaushygiene als im Straßenverkehr. Das wollen die Bundestagsabgeordneten und Mitglieder des Gesundheitsausschusses Jens Ackermann (Sachsen-Anhalt) und Lars Lindemann (Berlin) endlich ändern:

„Es kann nicht angehen, dass in Deutschland im Jahr 2011 zigtausende Menschen sterben, nur weil es an notwendigen Hygienestandards für Krankenhäuser und Pflegeheime im ganzen Land mangelt. Wir können den Menschen nicht länger zumuten, dass sie unter Umständen kränker aus dem Krankenhaus kommen, als sie hinein gegangen sind.“

Das größte Problem sind die multiresistenten Keime, denn sie sind nahezu unbehandelbar. Wer infiziert ist, leidet massiv – und das oft über Jahre – oder stirbt.“

Viele Menschen haben diese Keime auf der Haut, doch zur Gefahr werden sie erst bei den Kranken und Schwachen. Um die Infektionen künftig besser in den Griff zu bekommen, wollen die FDP-Gesundheitsexperten Ackermann und Lindemann Risikogruppen definieren. Patienten, die besonders von einer Besiedlung durch die gefährlichen Keime betroffen sein können, sollen künftig auf die gefährlichen Bakterien untersucht werden. Wird ein Befall erkannt, werden sie isoliert und sorgfältig behandelt. Denn nur so kann die Gefahr gebannt werden, dass die Keime in Krankenhäuser eingeschleppt und andere Patienten gefährdet werden.

Dass das möglich ist, zeigen die Niederlande: Während in Deutschland die gefährliche Killermutante MRSA über zwanzig Prozent aller isolierten Keime dieser Art ausmacht, ist es in unserem Nachbarland unter einem Prozent.

„Das ist eine Katastrophe“, sagen Ackermann und Lindemann. Beide haben den Keimen den konsequenten Kampf angesagt. Noch diesen Monat soll es entsprechende Gesetzesvorschläge geben.

Ackermann und Lindemann fordern im Einzelnen:

1. **Einheitliche Standards:** bundeseinheitliche Hygieneverordnung mit einheitlichen Mindeststandards und einer Verbindlichkeit der RKI-Richtlinien – Wie im Straßenverkehr brauchen wir auch bei der Krankenhaushygiene einheitliche Richtlinien
2. **Erweiterung des Infektionsschutzgesetzes durch Einrichtung eines Bundeshygieneregisters** – Wir brauchen ein standardisiertes Erfassungs-, Informations- und Melderegister. Nur so erhalten wir notwendige Daten über die Hygiene-Seuche.
3. **Anpassung und Erweiterung der existierenden Finanzierungsmechanismen** – Die Bekämpfung der gefährlichen Keime ist eine ethische Notwendigkeit, sie sollte uns Geld Wert sein. Und: Menschen, die hiervon nicht befallen sind, müssen nicht so lange in Krankenhäusern bleiben. Das spart Geld.
4. **Definition von MRSA-Risikogruppen, Screening und Sanierung von Risikogruppen bzw. MRSA-Infizierten** – Die gefährlichen Keime müssen rechtzeitig erkannt werden.
5. **Verbesserung der Transparenz** – Die Patienten müssen wissen, welche Krankenhäuser und Pflegeheime gute Hygienestandards haben!
6. **Implementierung eines rationalen, bundesweiten Antibiotika-Einsatzes** – In Deutschland wird in der Behandlung von Krankheiten zu schnell und undifferenziert auf Antibiotika zurückgegriffen. Das Problem: Durch einen maßlosen, undifferenzierten Einsatz werden Keime irgendwann gegen diese Behandlung resistent. Das ist ein Problem!

Kontakt

Jens Ackermann: Tel. 030 227 – 71491, Fax 030 227 76154, E-Mail: jens.ackermann@bundestag.de

Lars F. Lindemann: Tel. 030 227 –72792, Fax 030 227 – 76154, E-Mail: lars.lindemann@bundestag.de