



Prof. Dr. med.
Heinz-Michael Just

Brauchen wir das wirklich?!

Liebe Leserin, lieber Leser,

„Wenn ein Arzt hinter dem Sarg seines Patienten geht, folgt manchmal tatsächlich die Ursache der Wirkung.“ Dieser Robert Koch (1843–1910) zugeschriebene Ausspruch belegt mindestens dreierlei: 1. dass die Qualität ärztlichen Wirkens durchaus unterschiedlicher Qualität sein kann; 2. dass aus dem Munde eines nobelpreisgekrönten Bakteriologen dies auch für den Bereich der Infektionserkrankungen zu gelten scheint und 3. dass diese Erkenntnis nicht mehr ganz neu ist.

Da erscheint es doch sehr begrüßenswert, wenn nach jetzt mehr als 100 Jahren endlich eine gesetzlich geregelte Qualitätssicherung in der Medizin durch ein „fachlich unabhängiges Qualitätsinstitut“ eingeführt wird [1]. Dieses fachlich unabhängige, wissenschaftliche Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) soll im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen erarbeiten [1].

Wenn man das so liest, sollte man meinen, bisher wäre nichts zur Prävention nosokomialer Infektionen unternommen worden. Dabei gibt es in Deutschland Empfehlungen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen schon seit 1976: erstmals als Richtlinie des damaligen Bundesgesundheitsamtes veröffentlicht und bis heute fortgeschrieben als KRINKO-Empfehlungen unter www.rki.de für jedermann einsehbar – transparent also. Lediglich die Umsetzung der Empfehlungen ließ all die Jahre sehr zu wünschen übrig, sodass mit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes 2001 die Beachtung dieser Empfehlungen gesetzlich vorgeschrieben wurde. Dazu kam die Verpflichtung, Infektionsraten und Antibiotikaresistenzen zu erfassen (genannt Surveillance) – anfänglich punktuell, im Laufe der Jahre in immer mehr Risikobereichen. Zur sachgerechten Umsetzung wurde mit finanzieller Unterstützung der Bundesregierung ein Nationales Referenzzentrum für Surveillance an der Charité eingerichtet, welches über Jahre auf der Basis internationaler Leitlinien Module zur Erfassung infektionsbedingter Komplikationen in den verschiedenen Bereichen medizinischer Einrichtungen entwickelte und die Vor-Ort-Erfasser in standardisierten – und damit vergleichbaren – Erfassungskriterien trainierte (KISS; Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System). Die von den Initiatoren aufgrund ihrer Erfahrung für erforderlich gehaltene – und anfänglich stichprobenartig durchgeführte – Überprüfung der Erfassungsergebnisse (i. S. einer Qualitätssicherung; QS) musste im Laufe der Jahre wegen fehlender finanzieller Unterstützung leider eingestellt werden.

Trotzdem hat sich KISS zu dem in Deutschland überwiegend angewandten und allgemein akzeptierten Erfassungssystem nosokomialer Infektionen, antibiotikaresistenter Infektionserreger und neuerdings auch von Antibiotikaverbräuchen entwickelt – mit jährlichen „KISS-Treffen“ an der Charité und regelmäßigen Ergebnisdiskussionen in den Abteilungen der Kliniken. Qualitätssicherung quasi auf mehreren Ebenen inkl. Transparenz und risikoadaptierter Vergleichsmöglichkeiten.

Warum also diese Initiative des G-BA? Diese Frage stellt sich umso mehr, als in den Anfängen des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern der Schwerpunkt auf andere Aspekte gelegt wurde und die Maßnahmen der Krankenhaushygiene – trotz entsprechender Bestrebungen an manchen großen Kliniken – nicht als Qualitätssicherungsmaßnahmen wahrgenommen wurden. Dabei wurde bereits Anfang 2009 von einem Expertenpanel, zusammengestellt von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS), ein umfassendes *Modulares Konzept Qualitätssicherung „Nosokomiale*

Infektionen“ erstellt. Anstatt dieses dann in der Praxis zu erproben, hat der G-BA nach 2009 ein neues Institut (AQUA-Institut) mit dieser Problematik betraut und diesem aufgetragen, zwei Qualitätsindikatoren zur Infektionsprävention zu entwickeln („Postoperative Wundinfektion“ und „Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“) mit dem Ziel, die Prävention „sektorenübergreifend zu optimieren“.

Als gäbe es weder KRINKO noch eine NRZ-Surveillance, wurden in eigener Regie Arbeitsgruppen zusammengestellt (deren Teilnehmer – Stichwort Transparenz – angeblich verpflichtet wurden, sich nicht als solche zu erkennen zu geben), die mit der Bewertung von Ergebnisparametern – statt mit Struktur- und Prozessparametern – beginnen sollten. Einhellige Einwände aller (!) betroffener medizinischen Fachgesellschaften gegen dieses Vorgehen wurden ignoriert. Ab 2015 soll auf Beschluss eben dieses G-BA statt AQUA nunmehr ein „eigenes“ Institut (IQTiG) diese Aufgaben wahrnehmen. Es soll auf der Basis der bei der Codierung erhobenen Daten, die jedweder fallspezifischen Reflexion entzogen sind, „Qualitätsoptimierung“ betreiben: „Für dieses Qualitätssicherungsverfahren werden zu mehreren Zeitpunkten Daten zu Ihrer [angesprochen ist der Patient] Behandlung erhoben, zusammengeführt und ausgewertet.“ [2]

Die Überlegung, bei der Codierung gewonnene Daten für die Risikoeinstufung einer medizinischen Einrichtung heranzuziehen, hat die KRINKO bereits 2009 bei der Erarbeitung ihrer Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ [3] angestellt, aber wieder verworfen: Nach Einschätzung von Kommissionsmitgliedern mit Codier-Erfahrung seien diese Daten dafür ungeeignet, da sie nicht zuverlässig genug die wirkliche Erkrankungs- und Risikosituation wiedergeben. Diese Auffassung wird durch Pressemitteilungen der letzten Zeit über Einflussnahmen z. B. der Kassen auf die Diagnosestellung zusätzlich untermauert (z. B. Ärzte machen Patienten „kränker“ als sie sind. faz.net 10.11.2017 [4]).

Insofern bleibt als Fazit: Es gab in der Vergangenheit durchaus sehr gute Möglichkeiten, eine effektive Präventionsstrategie gegen nosokomiale Infektionen in den medizinischen Einrichtungen zu etablieren. Dass dies unzureichend umgesetzt wurde, hat vielfältige Ursachen. Diese werden sicher nicht dadurch beseitigt, dass der Gesetzgeber ein zusätzliches Verfahren mandatiert, dessen Datengrundlage derzeit als fragwürdig einzustufen ist, obwohl er seit Jahren eine Kommission unabhängiger (!) Experten – ebenfalls gesetzlich mandatiert – mit der Erarbeitung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen beauftragt hat. Wie das IQTiG seinem Anspruch, keine fallbezogene, sondern einrichtungsbezogene QS-Dokumentation aufzubauen, bei der Erkenntnis, dass es derzeit „noch keine Erfahrung mit der Nutzung von Sozialdaten für die QS oder auch mit der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation“ gibt, gerecht werden will, bleibt dessen Geheimnis. „Evaluierung und wissenschaftliche Begleitung“ würden „während der Erprobungsphase erfolgen, innerhalb derer es geprüft und verbessert wird.“ [5] Korrekt wäre es, erst zu erproben und dann anzuwenden – oder auch nicht! So darf man gespannt sein, wie diese „Erprobungsphase“ verlaufen wird und ob (vielleicht interessengesteuerte?) Widersprüche zu den hoffentlich auch weiterhin unabhängigen evidenzbasierten Empfehlungen der KRINKO sichtbar werden.

Um dies zu vermeiden, erscheint es dringlich und wünschenswert, für erforderlich gehaltene Optimierungen bei der Prävention nosokomialer Infektionen und zunehmender Antibiotikaresistenzen gemeinsam mit den nach dem IfSG dafür vorgesehenen Expertenkommissionen zu realisieren und keine (politisch motivierte?) Parallelwelt der Krankenhaushygiene aufzubauen, deren Aktionen („ergebnisbezogene Sanktionen“) für medizinische Einrichtungen – möglicherweise sogar ungerechtfertigt – zu einer Existenzbedrohung werden können.

Mit herzlichen Grüßen, Ihr Heinz-Michael Just

Literatur

- [1] Im Internet: <https://www.iqtig.org/aktuelles/pressemitteilungen/2014>; Stand: 21.08.2014
- [2] Gemeinsamer Bundesausschuss. Patienteninformation zur Datenerhebung bei gesetzlich versicherten Patienten. Im Internet: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4317/2017-03-16_G-BA_Patienteninformation_Datenschutz_QSWI.pdf; Stand: Februar 2017
- [3] Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsbl 2009; 52: 951–996
- [4] Mihm A. Ärzte machen Patienten „kränker“ als sie sind. 10.11.2017. Im Internet: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/unternehmen/aerzte-machen-patienten-kranker-als-sie-sind-15282078.html>; Stand: 10.11.2017
- [5] Warming L. Indikatoren der Qualitätssicherung Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI). Vortrag Hygienetag 2017, Stadthalle Fürth, 18.10.2017