

Prof. Dr. Franz Daschner

Deutsche Kliniken – ein Hygieneskandal?

30 Jahre lang war ich der verantwortliche Hygieniker für das Universitätsklinikum Freiburg, mehrere Jahre zusammen mit Prof. Dr. Henning Rüden, Leiter des Nationalen Referenzzentrums für Krankenhaushygiene in Berlin, und habe mehr als ein Jahrzehnt in der Hygienekommission beim Bundesgesundheitsamt, später Robert Koch-Institut (RKI), mitgearbeitet. Ich führe dies an, damit der Leser nicht meint, ich provoziere nur aus Unwissenheit. Seit fünf Jahren bin ich Pensionist, ich muss also auf niemanden und nichts Rücksicht nehmen, ich kann deshalb auch ungestraft provozieren.



Ein Kommentar von Prof. Dr. Franz Daschner

Die Hygienesituation in Deutschland – Todesfälle Krankenhaus?

„Todesfälle Krankenhaus“ war kürzlich der Titel einer Fernsehsendung auf Phoenix – eine absolute Unverschämtheit. Wenn ein Patient in eine deutsche Klinik kommt, würden sich angeblich sofort Keime auf ihn stürzen und versuchen, ihn umzubringen. Sogar im Krankenhausbett lauerten gefährliche Keime. Während meiner gesamten Tätigkeit habe ich nie ein Krankenhausbett als Quelle einer Krankenhausinfektion identifizieren können. Ein Bettgestell wird nur dann Ursache einer Pneumonie, wenn der Patient es ablecken würde – das tun deutsche Krankenhauspatienten aber extrem selten. In anderen Ländern sei die Hygienesituation viel besser, zum Beispiel in Holland. Tatsache aber ist: Die durchschnittliche Krankenhausinfektionsrate in deutschen Kliniken ist nicht höher als in Ländern mit vergleichbarem Medizinsystem in Europa und den USA. Wir haben ein sehr gutes Infektionsschutzgesetz, wir haben das mit Abstand beste Krankenhausinfektions-Surveillance-System (KISS) in Europa – die Kliniken müssen sich nur daran beteiligen, wir haben SARI („Surveillance der Antibiotika-Anwendung und bakteriellen Resistenzen auf Intensivstationen“), wir haben sehr gute Leitlinien zur Antibiotika-Anwendung von verschiedenen Fachgesellschaften und wir haben eine Hygienekommission beim Robert Koch-Institut, die viele vernünftige Hygieneempfehlungen erarbeitet hat.

Zugegeben, es hat in der Presse aufgebauscht sogenannte Hygieneskandale gegeben, beispielsweise tote Frühgeborene durch verunreinigte Infusionen in Mainz. Solche im Prinzip unvermeidbaren Fälle sind extrem

selten, ich habe sie in meiner dreißigjährigen Tätigkeit nur insgesamt dreimal erlebt. Die verdreckten chirurgischen Instrumente in München beispielsweise sind zwar ein ästhetischer, aber kein hygienischer Skandal, denn auch Dreck kann sterilisiert werden. Dergleichen darf aber trotzdem nicht vorkommen.

In ihrer Gesamtheit betrachtet sind deutsche Kliniken kein hygienischer Saustall, es gibt keinen Grund für staatlichen Hyperaktionismus.

Alle Macht dem RKI und dem G-BA?

Es wird ein neues Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene in Deutschland geben. Typisch deutsch: neue Kommissionen, neue Obrigkeiten, neue Gesetze – alles wird gut? Schön wär’s! Der Gesetzgeber will eine neue Hygienekommission am RKI – eine solche gibt es bereits. Eine zweite Kommission beim RKI mit dem schönen Titel ART (Antiinfektive Resistenzlage und Therapie) soll Empfehlungen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie erstellen, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Erregern. Ich kenne mindestens zehn einschlägige Leitlinien deutscher Fachgesellschaften und Experten, fünf deutsche und fünfzehn englischsprachige Lehrbücher, in denen dies alles bereits thematisiert wird. Diese Empfehlungen müssen nur umgesetzt werden.

Dann gibt es noch an oberster Stelle den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Qualitätssicherung der Krankenhäuser. Er bestimmt insbesondere Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. Etwa nach den Vorschlägen der CDU? Ein Stern für eine Klinik bedeutet eine hohe Krankenhausinfektionsrate und viele resistente Keime, fünf Sterne hingegen signalisieren, in dieser

Klinik gibt es wenig Infektionen und wenig resistente Keime? So ein Unsinn! Die Krankenhausinfektionsrate spiegelt nicht notwendigerweise den hygienischen Zustand einer Klinik wider. Auf Allgemeinstationen in deutschen Kliniken beträgt die durchschnittliche Infektionsrate rund 3,5 Prozent, auf Intensivstationen rund 15 Prozent. Auf hämatologisch-onkologischen Stationen ist sie noch viel höher. Ohne Risikoadjustierung und Beschreibung des Patientengutes ist ein Vergleich von Krankenhausinfektionsraten verschiedener Kliniken völlig irrelevant.

Kommission arbeitet viel zu langsam

Es gibt nach wie vor zwei Parteien von Hygienikerschulen: Die Konservativen, darunter unter anderen die Universitäten Bonn und Greifswald sowie der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, fordern, dass alle Betten desinfiziert werden müssen, und dass nach jeder OP der Fußboden desinfiziert werden muss. Auf der anderen Seite gibt es die fortschrittlich-wissenschaftlichen Einrichtungen. Dazu zählen unter anderen die Berliner Charité, die Universitäten Freiburg, Aachen, Düsseldorf, Heidelberg, Nürnberg oder Traunstein. Die Konservativen bekämpfen die Fortschrittlichen mit allen Mitteln, bis hin zu persönlichen Verunglimpfungen und Beleidigungen. Das war schon zu meiner aktiven Zeit so, und das ist leider immer noch so. „Prof. Daschner gefährdet Patienten und Personal“, hieß es damals. Der Pressesprecher der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene wurde kürzlich wegen Beleidigung einer fortschrittlichen Kollegin verurteilt. Je nach dem, wer welche Kommission mit welchen Hygienikern besetzt, wird entweder eine typisch deutsche Präventions- und Bakteriensuchhygiene oder eine Hygiene auf internationalem Niveau kommen.

Seit Ende 2010 ist die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI (KRINKO) wieder überwiegend mit Vertretern aus dem konservativen Hygienelager besetzt. Die Vorsitzende der Kommission war sich nicht zu schade, bei dem Film „Todesfalle Krankenhaus“ aktiv mitzuwirken und zum Beispiel nach Bakterien im desinfizierten Krankenbett zu suchen. Die Kliniker in dieser Kommission haben wenig oder keine infektiologische oder krankenhaushygienische Erfahrung, die Hygienefachkräfte stimmen in der Regel mit der Mehrheit der konservativen Hygieniker, die die Kommission arbeitet viel zu langsam. So stammen beispielsweise die Empfehlungen zur Prävention kathederassoziierter Harnwegsinfektionen aus dem Jahr 1999 und die zur Prävention der nosokomialen Pneumonie aus dem Jahr 2000. Zwischenzeitlich hat sich in der internationalen Wissenschaft zur Bekämpfung dieser beiden wichtigen Krankenhausinfektionen viel getan. Zur Ehrenrettung: Die Kommission arbeitet ehrenamtlich und hat viel zu

wenig administrativen Support (zum Beispiel für die Auswertung der internationalen Literatur).

Es muss sich dringend etwas ändern

Die Kommission sollte neu besetzt werden, und zwar ausschließlich nach Erfahrung und internationaler wissenschaftlicher Qualifikation, auch internationale Experten sollten berufen werden. Interessenkonflikte vor allem zur Antibiotika- und Desinfektionsmittelindustrie müssen offengelegt werden. Resistente Keime lassen sich nicht von Landesgrenzen aufhalten, krankenhaushygienische Spitzenforschung orientiert sich nicht an deutschen, sondern an europäischem und nordamerikanischem Standard. Altmitglieder, die teilweise schon 15 Jahre oder mehr in der Kommission sitzen, hemmen den Fortschritt („... das haben wir immer schon so gemacht“). Diese Kommissionsmethusalems sollten in den verdienten Ruhestand geschickt werden.

Wir haben zu wenig Hygieniker, Mikrobiologen, Infektiologen und Hygienefachkräfte. Warum haben wir zu wenig Hygienefachkräfte im aktiven Dienst? Die Weiterbildung ist zu lang, danach die Bezahlung zu schlecht. Warum haben wir zu wenig Hygieniker? Auch hier ist die Weiterbildung zu lang – andere Länder schaffen es in zwei bis drei Jahren, wir verordnen fünf Jahre! Sind wir besonders lernschwach? Nein, wir haben zu wenig Weiterbildungsstätten, weil in den vergangenen Jahrzehnten viele Lehrstühle wegrationalisiert wurden, deren Lehrstuhlinhaber unattraktiv geforscht und zu wenig Drittmittel eingeworben haben. Man braucht nicht mehr als maximal zwei Jahre, um das krankenhaushygienische und mikrobiologische Basiswissen zu erwerben. Zusätzlich gibt es hervorragende deutsche, europäische und amerikanische Fortbildungskurse in Krankenhaushygiene und Antibiotikatherapie. Jahrzehnte hat es gedauert, bis sich der Deutsche Ärztetag herabließ, eine infektiologische Subspezialität zuzulassen. Das rächt sich jetzt. Was die Zahl der Infektionsfachleute anbetrifft sind wir in Europa Schlusslicht.

Die Mikrobiologen waren jahrelang der Meinung, manche sind es immer noch, sie seien so gut, dass sie auch die Krankenhaushygiene mitmachen können. Sie müssen aufpassen, dass sie nicht selbst von den Laborgroßfabriken wegrationalisiert werden. Das wäre ein weiterer Sargnagel für eine moderne, wissenschaftliche, patientenorientierte Krankenhaushygiene, Mikrobiologie und Infektiologie.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Franz Daschner
Ehemaliger Direktor des Instituts für Umweltmedizin und
Krankenhaushygiene der Universität Freiburg
Vorstandsvorsitzender der Stiftung viamedica
Breisacher Straße 115b
79106 Freiburg
E-Mail: info@viamedica-stiftung.de