

gradigen Mehrlingsschwangerschaften kommen kann, war die Arbeitsgruppe gehalten, sich auch mit den daraus resultierenden ethischen und rechtlichen Problemstellungen auseinanderzusetzen.“

Gerade weil man im Ausland dazu übergegangen ist, „überzählige“ Feten abzutöten, ohne der Prävention höhergradiger Mehrlingsschwangerschaften hinreichend Beachtung zu schenken, hat die Zentrale Kommission der Bundesärztekammer ausdrücklich die hohe Dringlichkeit präventiver Maßnahmen herausgestellt und die entsprechende Modifizierung fortpflanzungsmedizinischer Behandlungsverfahren von den Ärzten gefordert, wie Dr. Vilmar betont.

Und weiter: „Wenn die Stellungnahme der ‚Zentralen Kommission‘ für den Fall, daß es trotz dieser Maßnahmen zu einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft mit Lebensgefahr für Mutter und Kinder kommt, darauf verweist, daß in diesen Fällen eine teilweise Unterbrechung der Schwangerschaft erwogen werden darf, so bedeutet diese keine ‚Freigabe‘ bislang unzulässiger Schwangerschaftsabbrüche. Vielmehr soll gegenüber derartigen Fehlvorstellungen, wie sie offenbar auch in der Ärzteschaft bestehen, gerade klargestellt und bekräftigt werden, daß auch diese Fälle sich nicht in einem rechtlichen Freiraum bewegen können, sondern die Voraussetzungen der §§ 218 ff. StGB beachtet werden müssen.“

Die Richtlinien wurden von einer interdisziplinär und fachübergreifend besetzten Arbeitsgruppe (bei der Publikation namentlich ausgewiesen) unter Abwägung aller medizinischen Sachverhalte, ethischen Prinzipien und juristischen Fragen erarbeitet.

Sie wurden danach sowohl von der Vollversammlung der „Zentralen Kommission“ als auch vom Vorstand der Bundesärztekammer beraten und mit jeweils nur einer Gegenstimme beschlossen.

► Bei aller Achtung vor Gegenstimmen auch aus der Ärzteschaft: Nach der satzungsgemäßen Entscheidung der Gremien hat die Stellungnahme Gültigkeit. DA

Klinikhygiene: Zwischen Spardruck und Effizienz-Nachweis

Der Hygiene-Sektor im Krankenhaus kann nicht aus dem (staatlich verordneten) Kostendämpfungspakt ausgeklammert werden. Der in § 141 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgeschriebene Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Verpflichtung zur Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gelten uneingeschränkt auch für die Krankenhaus-Hygiene (§§ 12, Abs. 1 SGB V; 113 SGB V; 19 KHG). So jedenfalls die dezidierte Meinung von Ministerialdirektor Karl Jung, Leiter der Abteilung „Gesundheit, Krankenversicherung“ des Bundesarbeitsministeriums, und Dr. jur. Franz Josef Oldiges, Geschäftsführer des AOK-Bundesverbandes, vor einem Experten-Forum während des jüngsten (15.) Deutschen Krankenhaustages in Hannover.

Auf dem Gebiet der Hospitalinfektionen und der krankenhaushygienischen Maßnahmen sind die 3080 bundesdeutschen Krankenhäuser gewiß kein „Notstandsgebiet“. Dennoch sind in der letzten Zeit Stimmen laut geworden, daß gerade im Vorzeichen der Prävention auch die Hygienemaßnahmen im Krankenhaus verstärkt werden müßten. Zu wenig qualifizierte Hygiene-Fachkräfte und zu wenig in Hygienefragen aus- und weitergebildete Fachkräfte würden im Krankenhaus beschäftigt und in den Stellenplänen berücksichtigt.

Infektionsrate von rund sechs Prozent

Schon beeilte sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Düsseldorf, konfrontiert mit publizitätsträchtigen Meldungen und Forderungen, nachzuweisen, daß die deutschen Krankenhäuser an der unteren Grenze der international ausgewiesenen Bandbreite von Krankenhausinfektionen lägen. Diese beträgt zur Zeit zwischen sechs und 15,5 Prozent, wie eine im Auftrag der DKG durchgeführte empirische Un-

tersuchung von Infratest Gesundheitsforschung GmbH, München, zutage förderte. Immerhin: Während eines Aufenthaltes in Akutkrankenhäusern erkranken Jahr für Jahr rund 500 000 bis 800 000 Patienten an Krankenhausinfektionen (hygienebedingte Hospitalisationen).

Im Jahr 1987 – dem Jahr der Erhebungen – waren es rund 700 000 Patienten, die sich eine Infektion während eines Krankenhausaufenthaltes zuzogen (von insgesamt 11,02 Millionen behandelten Fällen). Demnach ergibt sich eine Infektionsrate von rund sechs Prozent. Die Gründe für die Infektionsrate (die sich auch mit den äußersten Anstrengungen nicht auf Null drücken läßt): Zunahme der stationär behandelungsbedürftigen Patienten mit geschwächter körpereigener Infektionsabwehr; Zunahme komplizierter, schwieriger und zeitaufwendiger Operationen auf Grund der Fortschritte in der operativen Medizin; vermehrte Anwendung komplizierter operativer und invasiver Maßnahmen; Fortschreiten der Implantations- und Explantations-Chirurgie mit erhöhtem Infektionsrisiko; erhöhte Infektionsgefahren auch in primär „nichtoperativen“ Fächern.

Vier Milliarden Mark Kosten

● Obwohl es keine exakten Kostenrechnungen – weder gesamtwirtschaftlich noch auf den einzelnen Krankenhausbetrieb bezogen – über die Kosten und den Nutzen von Hygienemaßnahmen gibt (von Ausnahmen einmal abgesehen), schätzt das Bundesarbeitsministerium, daß sich die Hygienemaßnahmen der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland jährlich mit rund einer Milliarde DM bis 1,5 Milliarden DM als *Direktkosten* niederschlagen. Rechnet man die Kosten infolge von Krankenhausinfektionen, also Hygienefehlern und nicht vermeidbaren Infektionen, hinzu, so addiert sich der Betrag gesamtwirtschaftlich auf rund vier Milliarden DM, die die Kostenträger (Länder/Krankenkassen und andere Kostenträger) stark „beanspruchen“. So jedenfalls die Rechnung des Bundesarbeitsministeriums unter Hinweis auf eine frühere Kostenrechnung an den Universitätskliniken Gießen. Diese Schätzung wird von den Ortskrankenkassen bestätigt.

Dr. Oldiges, der Geschäftsführer des AOK-Bundesverbandes, vor dem Krankenhaustag: Unterstellt man jährlich 500 000 bis 800 000 Patienten, die an Krankenhausinfektionen erkranken, so muß mit einer Verweildauer-Verlängerung um rund zehn Tage gerechnet werden. Bei einem durchschnittlichen Pflegesatz von mindestens 250 DM täglich (im Durchschnitt aller vier Versorgungsstufen) entstehen Mehrkosten in Höhe von rund zwei Milliarden DM (bei rund 8 Millionen Krankenhaustagen, die durch Krankenhausinfektionen verursacht werden).

Mithin sind die Krankenhaushygiene und der durch Hygienefehler bedingte Hospitalismus *keine* betriebs- und gesamtwirtschaftlich zu vernachlässigende „Manövriermasse“. Ministerialdirektor Jung stellte fest: „Der relativ geringe Anteil der Hygienekosten am Gesamtbudget der gesetzlichen Krankenkassen – 134 Milliarden DM im Jahr 1988 – kann kein Grund dafür sein, diesen Kostenblock aus der Kostendiskussion, den Rationalisierungs-

und Sparanstrengungen auszuklamern.“

Das Krankenhausmanagement ebenso wie die Kostenträger und die Aufsichtsbehörden müßten ständig prüfen, ob die knappen finanziellen Mittel medizinisch wie ökonomisch optimal eingesetzt sind, ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis stimmt, ob es verbesserungsbedürftig und -würdig ist.

Wie bei allen Präventions-, Sicherheits- und Vorsorgemaßnahmen gibt es ein Kosten-Nutzen-Kalkül, das ein Nutzenoptimum signalisiert – so auch im Hygiene-Sektor.

► Die Rechnungen von Hygiene-Experten, wie etwa von Prof. Dr. med. Franz Daschner, Institut für Hygiene an der Universität Freiburg/Brsg., sind eindeutig: Gelänge es, die Infektionsrate mit einem gezielten Hygiene-Programm um sechs Prozent zu senken, so trägt sich das Programm infolge der dadurch eingesparten Kosten bereits von selbst („Grenzrate des Investitionsprogramms“ bzw. break-even-point im Hygiene-Sektor). Würden die Krankenkassen darüber hinaus in ausreichendem Maß speziell ausgebildetes Hygiene-Fachpersonal finanzieren und über die Pflegesätze vorhalten, ließe sich die Infektionsrate sogar um 35 Prozent drücken!

Finanzierung von Hygiene-Programmen

Diese Rechnung ist durch Dr. Oldiges vom AOK-Bundesverband bestätigt worden: Unterstellt man eine durchschnittliche Infektionsrate von (minimal) fünf Prozent und eine dadurch verlängerte Verweildauer von lediglich sieben Tagen (bei rund 40 000 DM Personalkosten pro 250 Betten; jährlich), bräuchte die Rate der Hospitalinfektionen lediglich um 19,3 Prozent gesenkt zu werden (das heißt von durchschnittlich fünf auf vier Prozent), um mit Hilfe der dadurch eingesparten Kosten das gesamte Hygiene-Programm (Beschäftigung von Fachpersonal; Infektionskontrolle und Sicherheitsvorkehrungen) zu finanzieren.

Die Krankenkassen bestreiten nicht, daß Präventions- und Hygie-

nemaßnahmen ebenso zur Krankenhausleistung zählen wie die essentiell notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen, also auch über die Pflegesätze finanziert werden müssen. Denn die Krankenkassen sind § 184 RVO gehalten, in den medizinisch indizierten Fällen stationäre Krankenpflege zeitlich unbefristet zu gewährleisten und mit Hilfe der Solidarbeiträge der Versicherten zur Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten beizutragen. Um so mehr pochen die Krankenkassen darauf, daß die Krankenhausträger, das Management und die leitenden Kräfte ein notwendiges Mindestmaß an hygienischen Vorkehrungen treffen, um den Patienten einen „größtmöglichen Schutz vor Krankenhausinfektionen“ (Oldiges) zu bieten. Für den Ortskrankenkassen-Sprecher ist dies auch ein Gebot der Humanität. Denn hinter jedem Krankheitsfall und hinter jeder verlängerten Liegezeit, die auf einen Hygienefehler zurückgeht, verberge sich ein menschliches Schicksal mit allen materiellen und immateriellen Imponderabilien.

Nach dem „Gesundheits-Reformgesetz“ vom 1. Januar 1989 hätten die Krankenkassen mehrere Möglichkeiten, um auf dem Hygiene-sektor zu intervenieren: Mit Hilfe von Transparenz- und Vergleichslisten für Krankenhäuser, bei denen das Leistungsspektrum ebenso wie die Liegedauer und die Pflegesätze übersichtlich zusammengefaßt werden, könnten den Krankenkassen ebenso wie den einweisenden Kassenärzten wichtige Hinweise über die medizinischen, pflegerischen und über die hygienischen Bedingungen gegeben werden. Zudem sei es möglich, die leitenden Kräfte der Kliniken über „Öffnungs- und Experimentierklauseln“ stärker am wirtschaftlichen Erfolg der Kliniken zu beteiligen – oder sie im ungünstigen Fall den betriebswirtschaftlichen Mißerfolg spüren zu lassen. So auch im Hygienesektor. Dieses „Bonus-Malus-System“ könne sowohl für ärztliche als auch für nichtärztliche leitende Kräfte zum Zuge kommen und „Wunder“ bewirken, meinen die Beamten des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. ►

Wunschzettel des Arbeitsministeriums

Schützenhilfe bei den Anstrengungen, die „Hygiene-Welt“ in Ordnung zu bringen, erhalten die Krankenkassen auch seitens des Bundesarbeitsministeriums. Abteilungsleiter Karl Jung nannte ein ganzes Maßnahmenbündel:

1 Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhaushygiene sollten „integraler Bestandteil“ einer qualitativ hochstehenden Leistungspalette sein. Insofern müssten präventive und klinikhygienische Maßnahmen auch über die Pflegesätze finanziert werden. Die Krankenkassen werden aufgerufen, erforderliche Stellen für Hygienefachkräfte in den Budgetverhandlungen zu akzeptieren und über die Pflegesätze zu bezahlen. Schließlich habe der Patient einen Anspruch, daß „Schaden“ von ihm abgewendet wird.

2 Die Länder werden aufgerufen, die Fördermittel so zu bemessen, daß ausreichende funktionellbauliche Maßnahmen im Hygienesektor ergriffen werden können. Werden die staatlichen Förderbeträge wie bisher ausschließlich auf Reparatur- und Renovierungsmaßnahmen beschränkt und wird der „Investitionsstau“ nicht zügig abgebaut, kommt auch der Hygienesektor zwangsläufig zu kurz.

3 Der Umfang von Einzelmaßnahmen sollte für jedes Krankenhaus „vor Ort“ zwischen den Verhandlungspartnern festgelegt werden. Allerdings, so stellte Karl Jung in Hannover fest, gebe es bislang keine objektivierbaren und schlüssigen Kriterien, um das Optimum von klinikhygienischen Maßnahmen festzulegen. Auch gebe es keine operationalen Bewertungsregeln für das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Hygiene-Maßnahmen (wiewohl einzelne Forschungsinstitute, etwa das der Universität Freiburg, Vorleistungen bereits erbracht haben).

4 Aus der Sicht des Bundesarbeitsministeriums fehlen zudem verbindliche Vorschriften über Anspruch und Deckung der entstehenden Kosten.

5 In Anbetracht der knappen Ressourcen (Investitions- wie Be-

triebskosten) sollten strenge Effizienzkriterien zum Zuge kommen und überwacht werden. Erforderlich sei ein klinikhygienisches Gesamtkonzept, das nicht einzelne Glieder, sondern *sämtliche Glieder der Hygienekette* verstärkt.

6 Allerdings müsse auch vor einer Überinvestition und einer übertriebenen, kostenaufwendigen „Wegwerfmentalität“ im Hygienesektor gewarnt werden (dies wurde auch von Prof. Daschner vor dem 15. Deutschen Krankenhaustag bestätigt). Berechnungen zufolge sind 50 Prozent des Hausmülls in Kliniken recyclebar, so Daschner.

7 Erforderlich sind aus der Sicht des Bundesarbeitsministeriums auch mehr Qualifikation und Kompetenz sowie Entscheidungsvermögen im Hygienesektor. Eine gezielte, auch aus öffentlichen Mitteln zu fördernde Forschung müsse darauf angelegt sein, Defizite im Hygienesektor aufzuzeigen und Abhilfemaßnahmen praxisgerecht zu entwickeln. Schließlich sollten auch organisatorische Verfahren über den Einsatz von Hygienemaßnahmen im Krankenhaus entwickelt und einvernehmlich installiert werden.

8 Übertriebene Anforderungen an Hygienemaßnahmen ohne Kalkulation der direkten und indirekten Kosten (Folgekosten) seien ebenso fehl am Platz wie nonchalante Untertreibungen und sträfliche Vernachlässigungen auf diesem Sektor. Überzogene Anforderungen erzeugten erfahrungsgemäß eine „Antihaltung der Finanziere“.

9 Nachdrücklich befürwortet das Bundesarbeitsministerium verbindliche Richtlinien auf dem Hygienesektor. Die von einer Arbeitsgruppe beim Bundesgesundheitsamt 1976 entwickelte „Richtlinie für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen“ sei weder up to date, noch sei sie allgemeinverbindlich. Sie sei „kein materielles Recht“ und „keine Verwaltungsanweisung mit Verbindlichkeitscharakter“, so Jung.

Dieses „gesundheitpolitische Vakuum“ müsse schleunigst beseitigt werden – auch im Sinne eines noch nicht total ökonomisierten Krankenhausbetriebes! Dr. Harald Clade

Fortbildung zum Leitenden Notarzt

Nach einer „Pilotveranstaltung“ im Vorjahr wurde nun von der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit dem Landesverband Westfalen-Lippe des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) und dem DRK-Kreisverband Olpe, der Arbeitsgemeinschaft Notärzte NW, der Freiwilligen Feuerwehr Olpe, dem Rettungsdienst des Kreises Olpe und der Landesfeuerwehrschule in Münster das zweite Fortbildungseminar „Leitender Notarzt“ erfolgreich abgeschlossen. Über 60 erfahrene Notärzte aus dem gesamten

KURZBERICHTE

Bundesgebiet absolvierten vom 11. bis 14. August unter Leitung von DRK-Landesarzt Dr. med. Hans-Joachim Meyer (Olpe) und Dr. med. Reinhard Hunold (Olpe) das 40stündige Fortbildungsprogramm entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI).

Die Forderung nach einem Leitenden Notarzt, der bei Großschadensereignissen mit vielen Verletzten die Koordination des medizinischen Hilfseinsatzes übernimmt, wird nicht erst seit der Flugtag-Katastrophe von Ramstein, die auch Gegenstand von Erfahrungsberichten im Rahmen des Seminars war, immer wieder von der Ärzteschaft erhoben. Das Fortbildungskonzept vermittelte die für eine Tätigkeit als Leitender Notarzt erforderlichen Qualifikationen. Die Seminarteilnehmer erfuhren nicht nur Besonderheiten der medizinischen Versorgung beim Massenansturm von Verletzten; einsatztaktische Gesichtspunkte, Führungslehre und organisatorische Fragen wurden ebenso angesprochen wie praktische und technische Fortbildung, zum Beispiel die funktechnische Koordination im Einsatz verbunden mit einer Funk-