



**20. Landesgesundheitskonferenz
„Prävention nosokomialer Infektionen“
7. Dezember 2011**

Inhaltsverzeichnis

I. Präambel

II. Ausgangslage

III. Bestandsaufnahme

IV. Defizitanalyse

V. Sektorenübergreifendes Handlungskonzept

V. 1 Ausbau der Datenanalysen durch Datenerhebungen in NRW

**V. 2 Surveillance und Qualitätssicherung in der Hygiene und beim Antibiotika-
Verbrauch**

V. 3 Ausbau der MRE-Netzwerke

V. 4 Aus-, Fort- und Weiterbildung

V. 5 Besondere Maßnahmen für Pflegeeinrichtungen

**V. 6 Information der Bevölkerung zu Antibiotikaeinsatz, Resistenzentwicklung
sowie zur Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung**

VI. Gesundes Land Nordrhein-Westfalen

VII. Erfolgskontrolle



I. Präambel

In der Behandlung multimorbider, schwerkranker und älterer Patientinnen und Patienten sind in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt worden. Verbesserungen in Diagnostik, Überwachung und Therapie erhöhen die Behandlungserfolge und die Lebenserwartung. Dabei kommen in der modernen Medizin immer häufiger invasive diagnostische und therapeutische Verfahren zum Einsatz.

Diese medizinischen Errungenschaften haben allerdings auch eine Kehrseite: Da immer mehr Patientinnen und Patienten immungeschwächt sind, wächst die Anfälligkeit gegenüber Infektionen, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder Pflegeeinrichtungen erworben werden. Diese sog. nosokomialen Infektionen stellen inzwischen – auch in Verbindung mit gesellschaftlichen Veränderungen wie der Alterung der Bevölkerung und der steigenden Mobilität (z.B. grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung) - eine der zentralen Herausforderungen für das Gesundheitswesen dar. Deshalb müssen dringend effektivere Wege dafür gefunden werden, die Übertragung von Krankheitserregern auf Patientinnen und Patienten in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen zu vermeiden.

Eine herausragende Bedeutung hat zudem der Einsatz von Antibiotika. Medizinhistorisch haben sie den Durchbruch in der Behandlung bakterieller Infektionen ermöglicht. Nun aber drohen sie zunehmend selbst - insbesondere bei unkritischer Verordnung und Einnahme - zur Ursache für das Auftreten und die Verbreitung von Problemkeimen zu werden. Der vermehrte und teils unkritische Einsatz von Antibiotika steht mit der Zunahme von Erregern, die gegenüber einer Vielzahl von Antibiotika unempfindlich geworden sind, in unmittelbarem Zusammenhang. Sowohl das Ordnungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten als auch Erwartungshaltungen der Patientinnen und Patienten spielen dabei eine Rolle.

Darüber hinaus müssen der Antibiotikaeinsatz in der Tiermast und die damit verbundene gesellschaftliche Frage nach dem Erzeuger- und Verbraucherverhalten in den Blick genommen werden. Sowohl der Antibiotikaeinsatz in der Tiermast als auch der Einsatz in der Humanmedizin tragen zur Belastung des Grund- und Trinkwassers mit Antibiotika bei. MRSA aus Tierhaltungsanlagen können - über Keimträger - auch in Krankenhäuser getragen werden.



Die geschilderten Entwicklungen erfordern ein nachhaltiges Umdenken bei allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten, bei den Patientinnen und Patienten, aber auch in Politik und Gesellschaft. An die Stelle einer falschen Gewissheit, dass das Problem der Infektionskrankungen im Antibiotikazeitalter prinzipiell gelöst sei, muss ein neues Bewusstsein für die Gefahren treten, die nosokomiale Infektionen für Patientinnen und Patienten, aber auch für das Gesundheitswesen insgesamt bedeuten. Deren Prävention muss einen viel größeren Stellenwert erhalten. Die sektorale Gliederung darf dabei kein Hindernis mehr sein. Im Mittelpunkt müssen vielmehr die Patientinnen und Patienten mit ihrem Anspruch auf eine sichere, ganzheitliche Behandlung, aber auch auf Transparenz und Eigenverantwortung stehen. Eng damit verbunden ist die Notwendigkeit angemessener Arbeitsbedingungen und ausreichender Qualifizierungsangebote für die in Medizin und Pflege Tätigen.

Nach Expertenschätzungen könnte etwa jede dritte nosokomiale Infektion vermieden werden.¹ Damit würde den betroffenen Patientinnen und Patienten viel Leid erspart.

Um dieses Ziel für NRW zu erreichen, hält es die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen (LGK) für notwendig, die Prävention nosokomialer Infektionen im Rahmen einer Entschließung umfassend in den Blick zu nehmen.

Sie kann dabei an bereits bestehende Maßnahmen und Strukturen sowie an zahlreiche vorbildliche Initiativen und Kooperationen in NRW anknüpfen. Die seit 20 Jahren bestehende Krankenhaushygieneverordnung NRW wurde zuletzt 2009 aktualisiert und setzt wichtige Vorsorgeelemente der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut um. Mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes am 28.07.2011 sind über die bereits bestehenden Vorgaben hinaus weitere gesetzliche Voraussetzungen für Fortschritte im Bereich der Hygiene geschaffen worden.

Diese fachlichen und rechtlichen Grundlagen genügen jedoch nach Überzeugung der LGK nicht für eine dauerhafte Verbesserung der Situation in Nordrhein-Westfalen. Da bislang insgesamt keine signifikant rückläufige Entwicklung nosokomialer Infektionen zu verzeichnen ist, hält die LGK ein wirksames und nachhaltiges Gesamtkonzept für NRW zur Prävention nosokomialer Infektionen für notwendig.

¹ Heft 8 - Nosokomiale Infektionen aus der Reihe "Gesundheitsberichterstattung des Bundes"



Grundlage ist dabei eine detaillierte Analyse der aktuellen medizinischen und pflegerischen Situation in Nordrhein-Westfalen sowie der diesbezüglich bestehenden hygienerelevanten Verbesserungspotentiale.

Davon ausgehend greift die LGK im Kontext des Aktionsplanes Hygiene der Landesregierung mit der vorliegenden Entschließung prioritäre Handlungsfelder auf und gibt Handlungsempfehlungen. Sie betont dabei insbesondere die Notwendigkeit eines patientinnen- und patientenzentrierten und sektorenübergreifenden Handelns der Verantwortungsträger sowie einer regelmäßigen Analyse und Bewertung der Entwicklungen und Maßnahmen.

Basierend auf dem Selbstverständnis der LGK verpflichten sich ihre Mitglieder, die Umsetzung der nachfolgenden Handlungsempfehlungen aktiv voranzubringen.

II. Ausgangslage

Nosokomiale Infektionen treten sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Bereich (insbesondere im Zusammenhang mit ambulanten Operationen) und in Pflegeeinrichtungen auf. Insgesamt ist die Datenlage zu nosokomialen Infektionen nicht zufriedenstellend. Belastbare Zahlen zum ambulanten Bereich und zum Pflegebereich liegen noch nicht vor.

Bei dieser insgesamt eingeschränkten Datenlage kann das Ausmaß des Infektionsgeschehens aktuell deshalb nur für den stationären Bereich abgeschätzt werden.

Nach Angaben des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance nosokomialer Infektionen (NRZ) erwerben etwa 3 - 5 % der Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern jährlich eine nosokomiale Infektion. Sie sind dadurch in erheblichem Maße durch Schmerzen und zum Teil lang andauernde Beschwerden belastet. Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge treten ca. 400.000 bis 600.000 nosokomiale Infektionen pro Jahr auf. Diese Infektionen verteilen sich auf ca. 220.000 Wundinfektionen, ca. 150.000 Harnwegsinfektionen, ca. 80.000 Atemwegsinfektionen (davon 60.000 Pneumonien) und ca. 20.000 septische Krankheitsbilder. Auf deutschen Intensivstationen kommt es zu ca. 60.000 nosokomialen Infektionen pro Jahr. In der überwiegenden Anzahl der Fälle handelt es sich um beatmungsassoziierte Lungenentzündungen (ca. 30.000). Jährlich sterben ca. 15.000 bis 20.000 Patienten in Verbindung mit nosokomialen Infektionen.



Für Nordrhein-Westfalen ist von einer Größenordnung von ca. 100.000 bis 150.000 solcher Infektionen pro Jahr auszugehen. Dem stehen ca. vier Millionen stationäre Aufnahmen pro Jahr gegenüber.

Für Nordrhein-Westfalen hat das NRZ NOSO exemplarisch in Spezialbereichen der medizinischen Versorgung (93 teilnehmende Intensivstationen, ITS) versus bundesweit 437 ITS-Teilnehmer im Rahmen von ITS-KISS (KISS = Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) 2007/2008 folgende statistischen Werte (Inzidenzdichten) ermittelt:

Nosokomiale Infektionen gesamt:

NRW: 5,55 pro 1.000 Patiententage, damit über dem bundesweiten Mittel von 5,43 (Median 4,46 gegenüber 3,90).

Zentrale Venenkatheter (ZVK)-assoziierte Sepsisrate:

NRW: 1,28 pro 1.000 ZVK-Tage, damit über dem bundesweiten Mittel von 1,17 (Median 0,90 gegenüber 0,76).

Beatmungsassoziierte Atemwegsinfektion:

NRW: 7 pro 1.000 Beatmungstage, damit über dem bundesweiten Mittel von 6,49 (Median 5,41 gegenüber 5,02).

Berechnungen zufolge verlängert sich die Verweildauer auf der Intensivstation beim Auftreten von nosokomialen Infektionen um ca. fünf Tage. Bei postoperativen Wundinfektionen wurden zusätzliche Verweilzeiten von bis zu 14 Tagen ermittelt. Durchschnittlich kann von einer verlängerten Verweildauer von ca. vier Tagen ausgegangen werden. Das entspricht ca. zwei Millionen zusätzlichen Krankenhausverweiltagen mit entsprechend hohen zusätzlichen Kosten.

Bei den multiresistenten Erregern gewinnen neben dem gram-positiven MRSA (Methicillin resistenter Staphylococcus aureus) auch VRE (Vancomycin resistente Enterokokken) und gramnegative Bakterien wie z.B. ESBL (Extended-Spectrum beta-Lactamasen) zunehmend an Bedeutung. Das Bewusstsein für die Probleme, die durch diese Keime zu erwarten sind, ist noch nicht im notwendigen Maße ausgeprägt.



Die zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Veröffentlichungen basieren in der Regel auf retrospektiven Untersuchungen einzelner Krankenhäuser/Krankenhausverbände oder greifen auf nur eingeschränkt repräsentative Registerdaten zurück. Die genannten Zahlenwerte sind deshalb überwiegend als Schätzungen zu verstehen und stellen die derzeit verfügbare Literatur dar.

Gerade die Pflegeeinrichtungen und die Schnittstellenbereiche zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung müssen in Zukunft im Sinne einer umfassenden Bekämpfung nosokomialer Infektionen besonders in den Blick genommen werden. Die in dieser Ausgangslage begründete besondere Bedeutung hygienerechtlicher Anforderungen wird verstärkt durch die immer kürzeren Aufenthaltszeiten in Krankenhäusern und die damit einher gehende frühere "Rückverlegung" in Pflegeeinrichtungen bzw. die eigene Häuslichkeit.

Vor dem Hintergrund dieser Fakten gebietet es der Schutz der pflegebedürftigen Menschen, aber auch der Menschen, die mit ihnen in Kontakt kommen, dafür Sorge zu tragen, dass anerkannte Hygienestandards auch in Pflegeeinrichtungen beachtet werden.

III. Bestandsaufnahme

Gesetzliche Regelungen auf Bundes- und Landesebene sind für den medizinischen Sektor in ausreichendem Maße vorhanden, allenfalls werden die Sanktions- und Durchsetzungsmöglichkeiten gelegentlich als unzureichend empfunden. Beispiele sind das Infektionsschutzgesetz (IfSG), das Medizinproduktegesetz (MPG), die Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBetreibV), das Krankenhausgestaltungsgesetz NRW (KHGG NRW) und die Krankenhaushygiene-Verordnung NRW. Außerdem gelten für die ambulante Versorgung eine Vielzahl von Vereinbarungen und Verträgen, in denen spezifische Hygiene-Anforderungen und -Maßnahmen geregelt sind. Richtlinien und Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (KRINKO) widmen sich dem gesamten Anforderungsspektrum. Das Land NRW empfiehlt die Regelungen bzw. ihre Anwendung grundsätzlich.

Die 79. Gesundheitsministerkonferenz hat im Juni 2006 das Strategiepapier zum Umgang mit multiresistenten Erregern (MRSA/MRE) beschlossen. Regionale Netzwerke sollen die wissenschaftlichen Empfehlungen zur Krankenhaushygiene und Infektionsprävention umsetzen helfen und Schnittstellenprobleme überwinden. Bisher wurden in Nordrhein-Westfalen



24 Netzwerke gebildet, an denen insgesamt 43 Kommunen beteiligt sind (Stand: Oktober 2011 http://www.liga.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/infektionsschutz/krkhs-hygiene/mre_netzwerke/mre-netzwerke-nrw/index.html). Damit steht Nordrhein-Westfalen im Bundesvergleich an führender Position. Die unteren Gesundheitsbehörden werden bei der Aufgabenwahrnehmung vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA) unterstützt und beraten.

Die Diskussion zu den jüngsten Änderungen des Infektionsschutzgesetzes auf Bundesebene hat erneut gezeigt, dass die vorhandenen Regelungen für den Bereich der (Alten-) Pflegeeinrichtungen gegenüber den Regelungen für den medizinischen Sektor noch nicht von allen als ausreichend und passend betrachtet werden. Somit bleibt es gerade bei stationären Einrichtungen bei der zum Teil als unbefriedigend empfundenen (Teil-) Anwendung der eher auf den Krankenhaussektor zugeschnittenen Regelungen. Vieles spricht dafür, die bisher eher rudimentären (gesetzlichen) Regelungen für die Hygiene in Pflegeeinrichtungen zu konkretisieren, wie dies mit dem IfSG für den medizinischen Bereich erfolgt ist.

IV. Defizitanalyse

Die präventive Wirkung von Hygienemaßnahmen ist in der Fachwelt zwar bekannt, führt aber dennoch nicht zu der erforderlichen konsequenten Umsetzung, obwohl derartige Maßnahmen wesentlicher Bestandteil auch des internen Qualitätsmanagements sein müssten. Festzustellen ist insbesondere, dass

- eine ausreichende Personalausstattung der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zur angemessenen Sicherstellung der Hygiene erforderlich ist,
- eine dem Risikoprofil der Patientinnen und Patienten angepasste notwendige Diagnostik und daraus folgende Schutz- und Sanierungsmaßnahmen noch nicht im ausreichenden Maße erfolgen,
- in stationären Einrichtungen, im ambulanten Sektor sowie in Pflegeeinrichtungen Maßnahmen zur Reduzierung bzw. Beseitigung resistenter Keime (Sanierung) nicht immer konsequent durchgeführt werden,
- das Entlassmanagement infizierter Patientinnen und Patienten insbesondere bei der Informationsweitergabe teilweise nicht ausreichend organisiert ist,
- eine koordinierte Zusammenarbeit aller relevanten Einrichtungen fehlt oder nicht intensiv genug ist,



- Hinweise existieren, dass die Überwachungspraxis (untere Gesundheitsbehörden, Bezirksregierungen) unterschiedlich ist,
- die infektiologische Beratung über einen rationellen Antibiotikaeinsatz in zu geringem Umfang nachgefragt bzw. angeboten wird,
- ärztliches und pflegerisches Personal besser geschult werden muss und auch
- eine wissenschaftliche Verankerung des Themas "Hygiene" und der daraus resultierende Erkenntnisgewinn in Deutschland nicht mehr ausreichend vorhanden sind.

Vor diesem Hintergrund ist ein Gesamtkonzept erforderlich, in dem die Probleme analysiert, Handlungsempfehlungen weiterentwickelt und ein gezielter Ressourceneinsatz vorgegeben werden. Eine effektive Vernetzung von zusätzlichen positiv verstärkenden Maßnahmen mit Konzepten der verschiedenen Institutionen der medizinischen Versorgung und Pflege ist daher ein erklärtes Ziel der LGK. Hygiene und die Vermeidung nosokomialer Infektionen sind elementare Voraussetzungen für jede medizinische Versorgung. Denn auch hier gilt: Prävention ist der „Reparatur“ mit ihren weitaus höheren Kosten vorzuziehen.

V. Sektorenübergreifendes Gesamtkonzept mit Handlungsempfehlungen

In Anbetracht der beschriebenen Situation fordert die LGK eine wirksame und nachhaltige Prävention nosokomialer Infektionen - auch und insbesondere im Sinne eines verbesserten Patientinnen- und Patientenschutzes. Sie spricht sich daher in besonderem Maße für das nachfolgende Gesamtkonzept aus.

Die am aktuellen Stand der Wissenschaft orientierte kontinuierliche Verbesserung der Prävention nosokomialer Infektionen ist hierbei eine zentrale Aufgabe und Herausforderung. Sie kann nur gelingen, wenn ein allgemein akzeptiertes Konzept dauerhaft und sektorenübergreifend wirkt. Eine stärkere und „selbstverständliche“ Vernetzung der Kooperationspartner des Gesundheitswesens darf nicht nur Projektcharakter haben. Nur sektorenübergreifende Konzepte sind in der Lage, Infektionen im gesamten Gesundheitssystem nachhaltig zu minimieren. Gerade die Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem und den Pflegeeinrichtungen bedarf darüber hinaus besonderer Beachtung und einer engen Abstimmung der Akteurinnen und Akteure. Aus diesem Grunde kommt den Hygienenetzenwerken eine besondere Bedeutung zu. Ein jeweils themenzentriertes gemeinsames Vorgehen mit den verschiedenen Kooperations- und Ansprechpartnern in ganz NRW ist erforderlich. Maßnahmen dürfen nicht



kurzfristig mit Blick auf schnelle Erfolge stattfinden, sondern müssen langfristig begleitet werden.

Gute Praxisbeispiele aus dem In- und Ausland belegen, dass durch gezielte Hygienemaßnahmen, ein verbessertes Kontrollsystem, angepasst an die jeweiligen spezifischen Belange der betreffenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, durch geeigneten Personaleinsatz und Personalschulung sowie ggf. weitere rechtliche Vorgaben nachhaltige Verbesserungen zu erzielen sind.

Die LGK setzt voraus, dass in allen Teilbereichen der Prävention nosokomialer Infektionen die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der Stand von Wissenschaft und Technik eingehalten werden. Dies erfordert im gesamten medizinischen und pflegerischen Bereich einschließlich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eine entsprechende Sensibilität für das Thema Hygiene und seine Umsetzung. Zur Sicherstellung der Erfordernisse bedarf es aber auch einer zahlenmäßig und qualitativ angemessenen Personalausstattung.

Die Einhaltung hygienischer Anforderungen geht mit Kostenfragen und deren Refinanzierung einher. Von Beginn an sind daher Folgenabschätzungen und Kostenverantwortlichkeiten in den Prozess einzubeziehen.

Darüber hinaus hält die LGK auch vor dem Hintergrund der aktuellen detaillierten Überarbeitung des IfSG zu Aspekten der Hygiene und des Umgangs mit Antibiotika folgende Maßnahmen für erforderlich:

V.1 Ausbau der Datenanalysen durch Datenerhebungen in NRW:

Ziel ist die Etablierung regelmäßiger Abfragen, die im Verlauf die Analyse und Bewertung der Trendentwicklungen über die Jahre ermöglichen. Seit 01.07.2009 ist der Nachweis von MRSA in Blut und Liquor von den Laboratorien an die untere Gesundheitsbehörde zu melden. Diese Meldepflicht soll dazu beitragen, dass die unteren Gesundheitsbehörden frühzeitig über besonders schwere Fälle von MRSA-Infektionen informiert werden und so schneller notwendige Maßnahmen veranlassen können. Die aktuellen Zahlen werden vom LIGA in den wöchentlich aktualisierten Infektionsberichten veröffentlicht (http://www.liga.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/infektionsschutz/landesmeldestelle/infektionsreport/index.html).



Im Frühjahr 2011 hat das LIGA eine weitere Abfrage unter den unteren Gesundheitsbehörden zum Umgang mit MRSA in der stationären Versorgung durchgeführt. Die Qualität der Daten hat sich dabei gegenüber der ersten Befragung in 2007 deutlich verbessert, gleichwohl bestehen bei MRSA-Screening und Dokumentation immer noch Verbesserungspotentiale. MRSA wird als pars pro toto für die Probleme der nosokomialen Infektionen und Multiresistenzen von den Beteiligten prioritär auf die Agenda gesetzt. Die Wiederholung solcher Abfragen erlaubt Trendanalysen und trägt dazu bei, das Bewusstsein der Beteiligten in dieser komplexen Thematik zu schärfen.

Eine Befragung der Bevölkerung zum Wissensstand zu Antibiotika und Hygiene hat im Mai 2011 stattgefunden. Die Ergebnisse liegen MGEPA vor, der Bericht wird zurzeit erstellt.

LIGA und die Krankenhausgesellschaft NRW (KGNW) haben eine erste Umfrage in den Krankenhäusern in NRW zum Umsetzungsstand der Krankenhaushygiene-Verordnung durchgeführt. Sie ergab u.a. zufriedenstellende Zahlen bei der Beschäftigung von Fachpersonal wie Hygienefachkräften. Es besteht jedoch noch Verbesserungspotential, wie z.B. im Bereich der Surveillance.

Auch für den Bereich der regelmäßigen Begehungen medizinischer Einrichtungen ist beabsichtigt, die tatsächliche Überwachungspraxis zu erkunden und auf einen einheitlicheren Verwaltungsvollzug hinzuwirken. Hierzu kommt auch eine Umfrage unter den unteren Gesundheitsbehörden und Bezirksregierungen in Betracht, die dann zuvor zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und dem Land abgestimmt werden sollte.

Die LGK begrüßt diese Sachstandserhebungen. Sie hält es für erforderlich, strukturierte Abfragen kontinuierlich zu wiederholen, damit Entwicklungen bewertet und Handlungserfordernisse daraus abgeleitet werden können. Die Ergebnisse sollen jeweils den Befragten zeitnah zurückgemeldet werden. Die LGK bittet deshalb LIGA, KGNW und kommunale Spitzenverbände um die Fortsetzung der bisherigen Aktivitäten.

Im Hinblick auf die Relevanz der Thematik für Pflegeeinrichtungen sind die für diesen Bereich maßgeblichen Kosten- und Leistungsträger gefordert, auch für den Pflegebereich (z.B. im Landespflegeausschuss) Konzepte zur Verbesserung der Datenlage zu erarbeiten und umzusetzen.



V.2 Surveillance und Qualitätssicherung in der Hygiene und beim Antibiotika-Verbrauch:

a) Surveillance

Nach IfSG ist im Zusammenhang mit dem Auftreten nosokomialer Infektionen und von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen die Erfassung, Bewertung und das Ziehen sachgerechter Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen Pflichtaufgabe für die Leitung von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren. Zur angemessenen Erfüllung dieser Verpflichtung kann dabei auf die Angebote des Nationalen Referenzzentrums für nosokomiale Infektionen zurückgegriffen werden.

Aktuell existieren neun Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Module (KISS) des Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance Nosokomialer Infektionen (NRZ NOSO):

- ITS-KISS (für Patienten auf Intensivstationen)
- NEO-KISS (für Frühgeborene auf neonatologischen Intensivstationen)
- MRSA-KISS (für Patienten mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus)
- CDAD-KISS (für Patienten mit Clostridium difficile Infektionen)
- OP-KISS (für stationär operierte Patienten)
- AMBU-KISS (für ambulant operierte Patienten)
- ONKO-KISS (für Patienten nach Knochenmarktransplantation)
- DEVICE-KISS (Patienten mit ZVK, Harnwegskatheter oder maschineller Beatmung außerhalb von Intensivstationen)
- HAND-KISS (Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Stationen mit ähnlichen Patientengruppen -gleiche Stationsart-)

Voraussetzung der Teilnahme an diesen Modulen ist die Absolvierung eines Einführungskurses.

Die LGK ist sich mit der KGNW, den Ärzte- und Zahnärztekammer sowie den Kas-
sen(zahn)ärztlichen Vereinigungen einig, die Mitglieder dieser Organisationen bei der ange-
messenen Erfüllung der gesetzlichen Pflicht zu unterstützen und auf die Notwendigkeit zur
Einhaltung der Hygiene im Sinne des Patientenschutzes hinzuwirken.

Die Beteiligung der Einrichtungen an den KISS-Modulen wird dabei begrüßt. Die LGK regt
zudem an, dass die an KISS teilnehmenden Einrichtungen dies gegenüber der Bevölkerung
offenlegen. Die LGK bittet das LIGA, hierzu ebenfalls ab 2012 wiederkehrende Abfragen mit
Unterstützung der o.a. Institutionen vorzunehmen.



b) Teilnahme an der "Aktion saubere Hände"

Die "Aktion Saubere Hände" ist eine nationale Kampagne zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion in deutschen Gesundheitseinrichtungen. Sie wurde am 1. Januar 2008 mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit vom NRZ NOSO, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) sowie der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (GQMG) ins Leben gerufen. Die Kampagne basiert auf der 2005 gestarteten WHO-Kampagne "Clean Care is Safer Care".

Die erste Kampagne von 2008 bis 2010 richtete sich in erster Linie an Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen. Aufgrund der starken Vernetzung der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten müssen alle Bereiche des Gesundheitswesens einbezogen werden. Deshalb startete am 1. Januar 2011 die zweite Kampagne, die sich in erster Linie an die Alten- und Pflegeheime sowie den ambulanten Bereich richtet. Auch in der zweiten Kampagne ist es das Ziel, weitere stationäre Einrichtungen zur Teilnahme zu gewinnen. Darüber hinaus werden Strategien zur nachhaltigen Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion entwickelt. Die zweite Kampagne hat drei Module je nach Einrichtungsart definiert:

- bettenführende Einrichtungen
- Alten- und Pflegeheime
- ambulante Einrichtungen

Das Aktionsbündnis für Nordrhein-Westfalen weist derzeit 145 teilnehmende bettenführende Einrichtungen (bei 652 Teilnehmern insgesamt und 382 Krankenhäusern in NRW) und 24 teilnehmende Alten- und Pflegeheime in NRW (bei derzeit 101 Teilnehmern insgesamt) aus (Stand: Oktober 2011).

Die LGK hält die Teilnahme an dieser Aktion für einen sehr praktischen und erfolgversprechenden Zugang zur Verbesserung der Compliance der Händehygiene im stationären und ambulanten Sektor. Sie bittet insbesondere die Kammern, die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, die KGNW und die Träger der Rehabilitationseinrichtungen, die Teilnahme bei ihren Mitgliedern mit dem Ziel einer hohen Beteiligung aktiv zu bewerben. Auch regt die LGK an, dass die an der Aktion teilnehmenden Einrichtungen dies gegenüber der Bevölkerung offenlegen.



c) Teilnahme am ADKA-if-RKI-Projekt (kontinuierliche nationale Krankenhaus-Antibiotika-Surveillance)

Mit Änderung des IfSG 2011 wird beim Robert Koch-Institut eine Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie eingerichtet. Die Kommission erstellt Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern. Die Beachtung der veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut sorgt für die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet.

Das MABUSE-Netzwerk (Medical AntiBiotic Use Surveillance and Evaluation), das im Jahre 2002 im Rahmen eines vom BMBF geförderten Projektes u.a. mit dem Ziel der kontinuierlichen Surveillance von Antiinfektiva-Verbrauchsdaten gegründet wurde, war dazu ein bundesweiter Vorreiter. Es arbeitet seit 2007 mit dem Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) in einem Projekt an der prospektiven Erhebung von Krankenhausverbrauchsdaten zusammen. Dieses sog. ADKA-if-Projekt ist im Jahre 2010 eine Kooperation mit dem Robert Koch-Institut eingegangen (ADKA-if-RKI-Projekt) mit dem Ziel, eine kontinuierliche nationale Krankenhaus-Antibiotika-Surveillance in etwa 150 bis 250 Krankenhäusern im Rahmen der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) zu etablieren. Durch die standardisierte, im stationären Bereich abteilungsbezogene Erfassung des Antibiotikaverbrauchs wird in Verbindung mit der Betrachtung regionaler Resistenzen eine Empfehlung zur spezifischen Therapie angestrebt. Sie unterstützt damit eine rationale Antibiotikaverordnung.

Die LGK unterstützt ausdrücklich die Inhalte des Projekts und bittet die Krankenhäuser über die KGNW und den Berufsverband der Krankenhausapotheker, sich aktiv am ADKA-if-RKI-Projekt zu beteiligen.

d) Teilnahme an Antibiotic-Stewardship-Programmen

Eine Beteiligung an einem sogenannten Antibiotic Stewardship (ABS) dient einer rationalen, im Idealfall abteilungs- und sektorenübergreifenden Antibiotikaverordnung. Die flächendeckende Etablierung eines Antibiotic Stewardship muss langfristig und ausdauernd angelegt werden, da neben einem relevanten personellen und strukturellen Aufwand auch das therapeutische Handeln beeinflusst wird. Zum jetzigen Zeitpunkt finden die Inhalte eher Eingang bzw. Anwendung im stationären Bereich, obwohl ca. 80 % aller Antibiotika-Verordnungen ambulant erfolgen. Hier muss erneut auf den sektorenübergreifenden Charakter aller erfolg-



versprechenden Handlungsoptionen hingewiesen werden. Beispielhaft können dazu die Arbeit und das Fortbildungsangebot des Zentrums für Klinische Infektiologie der Universität Freiburg bzw. der DGI Sektion Antibiotic stewardship für den stationären Bereich genannt werden sowie die Arbeit zur Optimierung der Pharmakotherapie des Kompetenzzentrums Patientensicherheit der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Das LIGA hat in 2011 beginnend mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und unterstützt durch die Landesregierung im Rahmen des Projekts "Rationale Antibiotika-Verordnung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte" hierzu insbesondere Schulungskonzepte und Surveillancesysteme für den ambulanten Sektor entwickelt.

Die LGK hält das Instrument des Antibiotic Stewardship für einen wesentlichen Beitrag, um den neuen Anforderungen des IfSG im ambulanten und stationären Bereich gerecht zu werden. Sie begrüßt dabei die Initiative des LIGA und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.

Die LGK empfiehlt den Kammern, der KGNW und den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, die erforderlichen Fortbildungsinhalte ihren Mitgliedern zu vermitteln.

e) Standards in der Qualitätssicherung:

Die Sicherstellung der Anforderungen der Hygiene einschließlich der Surveillance von Resistenzen sowie der rationale Einsatz von Antibiotika sind wesentliche Elemente der Qualitätssicherung. Sie sind damit als obligate Teile von internen Qualitätsmanagementsystemen, aber auch externen Prüfsystemen anzusehen.

Die im Zusammenhang mit der Änderung bzw. Ergänzung des IfSG vom 28. Juli 2011 formulierten Änderungen des SGB V sehen vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss unter Berücksichtigung etablierter Verfahren geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene und damit insbesondere Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser festlegt.

Die LGK erwartet, dass die in Nordrhein-Westfalen daran beteiligten Institutionen sich proaktiv in die Entwicklung, Etablierung und Gestaltung dieser Verfahren einbringen.

Die LGK hält es jedoch auch für erforderlich, über die aktuellen und zukünftigen formalen Regelungen hinaus die Entwicklung von anwenderorientierten Standards zur Qualitätssiche-



rung zu fordern. Da zur Prävention nosokomialer Infektionen eine umfassende Präventionsstrategie mit einem intersektoralen, ganzheitlichen Ansatz erforderlich ist, wird empfohlen, die Rolle des ÖGD in seiner Doppelfunktion als Aufsichtsbehörde und koordinierende bzw. moderierende neutrale Institution im Gesundheitswesen zu stärken.

Das LIGA wird in diesem Zusammenhang auf der Basis bereits vorhandener Unterlagen zur Unterstützung des ÖGD Dokumentationsmodule zur Überwachung der medizinischen Einrichtungen durch die unteren Gesundheitsbehörden entwickeln und EDV-technisch realisieren lassen. Das LIGA wird dabei auch auf die Ergebnisse der o.g. geplanten Umfrage zurückgreifen.

Zudem wird das LIGA im Rahmen des im Folgenden beschriebenen MRE-Netzwerk-Koordinierungsprojektes Standards zur Verbesserung der Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor und damit der Qualitätssicherung erarbeiten. Hierbei sind Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter angemessen zu beteiligen.

V. 3 Ausbau der MRE-Netzwerke:

Zur erfolgreichen Befassung mit Resistenzdaten sowie Antibiotikaverordnung bzw. -verbrauch gehört auch das Beobachten der Resistenzentwicklungen. Neben dem antibiotikaresistenten grampositiven MRSA gewinnen gramnegative Bakterien wie z.B. ESBL zunehmend an Bedeutung und stellen dabei ein Querschnittsthema dar. Das Bewusstsein für die Probleme, die durch diese Keime zu erwarten sind, ist noch nicht im notwendigen Maße ausgeprägt.

Die LGK unterstreicht deshalb nachdrücklich, dass alle Aktivitäten und Maßnahmen sich immer auf MRE und nicht ausschließlich auf MRSA beziehen.

Erste systematische grenzüberschreitende Maßnahmen bei der Bekämpfung von MRSA wurden in NRW 2005 - 2008 mit dem deutsch-niederländischen EUREGIO-Projekt MRSA-net Twente/Münsterland ergriffen. Hier wurde beispielhaft die grenz- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit erprobt. Das Folgeprojekt EurSafety Health-net hat 2009 seine Arbeit aufgenommen mit dem Fokus auf Patientensicherheit und grenzüberschreitende Mobilität. Ein weiteres Netzwerk ist das vom BMG im Rahmen von DART für 3 Jahre (2010-2012) geförderte MRE-Netzwerk Nordwest, in dem sich 6 regionale Netzwerke aus Nordrhein-Westfalen und der Landkreis Osnabrück zusammengeschlossen haben.

In NRW gibt es inzwischen 24 vom ÖGD moderierte Netzwerke; 43 Städte und Kreise sind an mindestens einem Netzwerk beteiligt (Stand: Oktober 2011). Allerdings laufen viele Aktivi-



täten parallel und viele gleichartige Aufgaben werden in den einzelnen Netzwerken jeweils neu erarbeitet. Durch die Schaffung einer Koordinationsstelle könnten Doppelarbeiten reduziert und große Synergien geschaffen werden.

Um die unteren Gesundheitsbehörden insbesondere bei der Moderation zu unterstützen, die Aktivitäten der regionalen Netzwerke zu koordinieren, den Informationsfluss sicherzustellen, Standards und Qualitätsindikatoren zu entwickeln und fachliche Beratung (z.B. zum Screening von Risikopersonen) zu geben, soll im Rahmen eines mehrjährigen Projektes eine Koordinierungsstelle „MRE-Netzwerke NRW“ bei LIGA.NRW, unterstützt durch die Landesregierung, eingerichtet werden.

Die LGK fordert alle an der Versorgung beteiligten Einrichtungen auf, sich aktiv, kooperativ und dauerhaft in die Netzwerkarbeit vor Ort einzubringen. Eine Beteiligung von Patientinnen und Patienten bei der Netzwerkarbeit wird ausdrücklich angeregt.

V.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen nimmt eine Schlüsselrolle für die Vermeidung nosokomialer Infektionen ein. Durch die Aus- und Weiterbildung sowie regelmäßige Fortbildung muss sichergestellt werden, dass das Personal die in seinem Tätigkeitsbereich erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung nosokomialer Infektionen kennt, versteht und beherrscht.

Die Mitglieder der LGK verpflichten sich, in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich darauf zu achten, dass das Thema „Hygiene“ in den Aus- und Weiterbildungen sowie im regelmäßigen Fortbildungsangebot für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den entsprechenden Stellenwert hat.

Neben einer breiten Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in Medizin und Pflege spezialisierte Fachkräfte zur Wahrnehmung besonderer Aufgaben benötigt. Um diesen Bedarf zu decken, sind weitere Anstrengungen und auch neue Qualifizierungsangebote erforderlich.

Insbesondere hebt die LGK zum Themenfeld Aus-, Fort- und Weiterbildung folgende Aspekte hervor:

a) Spezielle Qualifizierung im Bereich der Pflege



Die Fachweiterbildung "Hygienefachkraft" regelt die Qualifikationsanforderungen für die Beschäftigung von Hygienefachkräften in den Krankenhäusern.

Die hygienischen Anforderungen erhalten auch in Einrichtungen außerhalb des Krankenhausbereichs zunehmende Bedeutung (z.B. Arztpraxen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialysezentren, Rehabilitationseinrichtungen, Altenpflegeheime etc.).

Die Fachweiterbildung stammt aus dem Jahre 1995 und wird derzeit novelliert. Eckpunkte im Rahmen der Novellierung sind die Anpassung an aktuelle pädagogische, hygienische und wissenschaftliche Standards, u.a. des Robert Koch-Instituts. Der Zugang zur Fachweiterbildung auch für Altenpfleger/innen soll geöffnet werden.

In einer Expertenarbeitsgruppe werden derzeit auch Eckpunkte für Masterstudiengänge an Hochschulen diskutiert. Ein Masterstudiengang könnte eine berufliche Perspektive für die Studierenden der in den nächsten Jahren endenden Bachelor-Modellstudiengänge in der Pflege bieten.

Weitere Eckpunkte sind die Umstellung auf das Lernfeldkonzept des Krankenpflegegesetzes, die Modularisierung der Weiterbildungsschwerpunkte, die Einführung einer Teilzeitweiterbildung und die Umsetzung des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) sowie die fachliche Orientierung an den Niederlanden.

Die LGK begrüßt die Novellierung der Fachweiterbildung und die Anpassung an die aktuellen fachlichen und pädagogischen Standards. Insbesondere die Öffnung des Zugangs zur Fachweiterbildung auch für Altenpflegefachkräfte wird unterstützt.

b) Spezielle Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten

Die Empfehlungen der KRINKO weisen, ebenso wie die Krankenhaushygieneverordnung NRW, speziell qualifizierten Ärzt(inn)en die Aufgaben des/r Krankenhaushygienikerin/s und der/des Hygienebeauftragten zu. Gemäß KRINKO sind die Qualifikationsanforderungen für die/den Krankenhaushygieniker/in Inhalte der Weiterbildungen zur/zum Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Als weiteres Qualifizierungsinstrument wird von der Bundesärztekammer im Dialog mit den Fachgesellschaften ein Curriculum „Krankenhaushygiene“ erarbeitet. Das Curriculum hat einen Umfang von 200 Stunden, ist modular aufgebaut und beginnt mit einem 40-Stunden-Modul „Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt“. Die Ärztekammern wollen das Curriculum zeitnah umsetzen.

c) Aus- und Weiterbildungsangebote schaffen sowie wissenschaftliche Grundlagen stärken



Zu einer angemessenen Sicherstellung der Maßnahmen zur Prävention nosokomialer Infektionen bedarf es nicht nur einer ausreichenden Anzahl an speziell qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten, sondern zunächst entsprechender Inhalte im Medizinstudium. Auch muss die wissenschaftliche Basis auf dem Gebiet der Hygiene an den Universitäten kontinuierlich gehalten werden. Festzustellen ist, dass diese wissenschaftliche Basis bzw. das wissenschaftliche Know-how in Deutschland seit Längerem regressiv ist.

Sowohl an den Universitätskliniken als auch an den theoretisch orientierten Forschungseinrichtungen in der Medizin der Universitäten wird von der LGK Nachbesserungsbedarf gesehen. Die LGK bittet daher die Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken,

- in die Lehre die Inhalte der modernen Hygiene und Krankenhaushygiene entsprechend den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention als grundsätzliche Bestandteile des Medizinstudiums aufzunehmen,
- Forschungsprojekte auf dem Gebiet der Hygiene und der Krankenhaushygiene im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu unterstützen,
- vorhandene Professuren für Hygiene auch für die Zukunft zu erhalten,
- Krankenhaushygienikerinnen und -hygieniker in Lehre und Forschung zu integrieren und die ggf. notwendige Infrastruktur zu schaffen sowie
- die Weiterbildung für Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin im notwendigen Umfang zu unterstützen.

Die LGK bittet ferner die Kommunen, nicht nur für eine angemessene Ausstattung sowohl an Ärztinnen und Ärzten sowie Hygiene-Inspektorinnen und -Inspektoren, sondern auch für deren Fort- und Weiterbildung zu sorgen.

d) Intensivierter Fachaustausch mit den Niederlanden

Generell sollten auch ausländische Erfahrungen beim Auf- und Ausbau sinnvoller Maßnahmen berücksichtigt werden. So weisen z.B. die Niederlande im Vergleich zu Deutschland bei vergleichbarer Bevölkerungsstruktur deutlich geringere Infektionsraten durch MRSA im stationären Bereich auf. Eine Orientierung an den in den Niederlanden getroffenen Maßnahmen kann also für Deutschland hilfreich sein. Die hierfür erforderliche Detailkenntnis ist über die ersten Ergebnisse im Rahmen des Euregio-Projektes "EurSafety Health-Net" und der Kontakte des LIGA hinaus fortzusetzen und zu intensivieren.



Die LGK bittet die Kammern, Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, KGNW und den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die bisher erworbenen Erkenntnisse ihren Mitgliedern landesweit transparent zu machen.

V.5 Besondere Maßnahmen für Pflegeeinrichtungen

Aus den dargestellten Besonderheiten des Pflegebereichs ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen einem bestmöglichen Infektionsschutz durch strikte Hygienevorgaben und einer am Selbstbestimmungsrecht der Menschen orientierten, teilhabegerechten Gestaltung des alltäglichen Lebensumfeldes pflegebedürftiger Menschen.

Da entsprechende Maßnahmenkataloge nicht überall angemessen vorhanden sind, bittet die LGK die Akteure in der Pflege, auf Landesebene insbesondere den Landespflegeausschuss und die Arbeitsgemeinschaft nach § 17 Wohn- und Teilhabegesetz (WTG), zeitnah einen Klärungs- und Diskussionsprozess unter Einbeziehung von Infektionsschutz- und Präventionsexperten anzustoßen. Erforderlich sind spezielle Regelungen, die den Besonderheiten der Pflegeeinrichtungen in abgestuften Anforderungen je nach Wohn- und Betreuungsform gerecht werden.

Leitlinien für diesen Prozess sollten sein:

- Infektionsschutzregelungen für Pflegeeinrichtungen müssen sowohl die besonderen Risikopotentiale bei der Pflege alter Menschen als auch das Selbstbestimmungsrecht der Bewohner und den Normalitätsgrundsatz berücksichtigen.
- Die Regelungen müssen die wissenschaftlichen Standards beachten und einen bestmöglichen Hygieneschutz gewährleisten.
- MRSA-Prophylaxe und -sanierung müssen im Übergangsbereich Krankenhaus/Heim unter Einbeziehung insbesondere der hausärztlichen Betreuung besser aufeinander abgestimmt sein.



V.6 Information der Bevölkerung zu Antibiotikaeinsatz, Resistenzentwicklung sowie zur Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung

Alle Bürgerinnen und Bürger können selbst dazu beitragen, die Gefahr von Antibiotikaresistenzen zu minimieren. Sie sind daher verstärkt über die Risiken der Antibiotika-Einnahme (Erfordernis, Dosierung und Abbruch der Therapie) aufzuklären.

Die LGK hält es für erforderlich, dass Patientinnen und Patienten z.B. durch Patientenberatungsstellen, aber auch durch Kammern, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen, kommunale Gesundheitskonferenzen und die Landesregierung NRW, zur flankierenden Unterstützung der Beratung in den Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäusern durch geeignete Materialien darüber informiert und dafür sensibilisiert werden, wann ein Antibiotikaeinsatz sinnvoll ist und welche Risiken dabei bestehen.

Bürgerinnen und Bürger sollen durch öffentlichkeitswirksame und gut verständliche Maßnahmen der LGK- Mitglieder zusätzlich bezüglich der Problematik der Übertragung von Krankheitserregern informiert, sensibilisiert und über eigene Handlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden.

Patientinnen und Patienten fordern im Sinne des Patientenschutzes zu Recht eine verbesserte Transparenz der Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegebereich hinsichtlich der MRSA/MRE-Risikodaten und der getroffenen Hygienemaßnahmen. Mit der Festlegung von Kriterien zur Messung der Hygienequalität wird eine risikoadjustierte Bewertung und Vergleichbarkeit der Hygienesituation in den Krankenhäusern angestrebt (vgl. auch V.2).

Die LGK sieht eine laienverständliche, aktuelle und transparente Darstellung der einrichtungsspezifischen Behandlungsqualität im Bereich Hygiene als notwendig an. Hierzu gehört auch die bereits angesprochene öffentliche Darstellung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und ein angemessenes Fehler- und Beschwerdemanagement.

VI. Gesundes Land Nordrhein-Westfalen

Zur weiteren flankierenden Umsetzung dieser EntschlieÙung vereinbart die LGK, die Ausschreibung 2012 zum Wettbewerb „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“ unter das Schwerpunktthema „Prävention nosokomialer Infektionen“ zu stellen.



Die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ zeigt neue Ansätze der gesundheitlichen Versorgung auf, macht sie medial bekannt und vergibt Preisgelder. Herausragende Projekte werden mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnet. Dadurch werden positive Effekte für die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen ausgelöst. Viel versprechende Projekte regen zur Nachahmung an und fördern zugleich die Entwicklung neuer, kreativer Ideen sowie die Netzwerkbildung der Akteure im Gesundheitswesen.

VII. Erfolgskontrolle

Die LGK vereinbart, spätestens bis zum Ende des Jahres 2013 eine erste Erfolgskontrolle zur Implementierung und zum Outcome der bis dahin initiierten Maßnahmen durchzuführen.