

Kommentar zur zielführenden Surveillance nosokomialer Infektionen

Im Februar 2020 erschien die KRINKO-Empfehlung „Surveillance von nosokomialen Infektionen“, die zahlreiche Hinweise zur Zielsetzung, Durchführung und Bewertung von Surveillance-Daten gibt (1). Im Empfehlungs-Teil des Papiers wird nahegelegt, bevorzugt die Definitionen und Surveillance-Protokolle von KISS zu verwenden, um sich an Vergleichsdaten orientieren zu können (Kat. II). Gerade für kleinere Krankenhäuser stellt sich allerdings die Frage, ob diese Definitionen und Protokolle tatsächlich geeignet sind, um sinnvolle Schlussfolgerungen ziehen zu können.

Die Verpflichtung zur Erfassung nosokomialer Infektionen ist durch § 23IfsG, Absatz 4 für alle Krankenhäuser gegeben. Dort heißt es wörtlich:

„(4) Die Leiter von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 haben sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden.(...)“

Der Gesetzgeber hat die Bundesländer verpflichtet, in eigenen Verordnungen nähere Vorgaben zur Umsetzung der Hygiene zu formulieren (§23 (8)):

„Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über (...) Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht, (...)“

Der Gesetzgeber hat auf nähere Ausführungen zu Art und Umfang der Erfassung von nosokomialen Infektionen (NI) verzichtet; auch die Bundesländer machen hier keine konkreten Vorgaben. Die Erfassung kann also als fortlaufende Inzidenzerfassung oder Prävalenzerfassung über einen begrenzten Zeitraum, ggf. auch als Punktprävalenz an einem Tag, erfolgen. Die Daten können retrospektiv oder prospektiv durch aktive oder passive Surveillance erhoben werden.

Viele Krankenhäuser nehmen freiwillig an diversen Modulen des Krankenhaus Infektions Surveillance Systems (KISS) des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ), teil. Die dort angewendeten Definitionen und Methoden orientieren sich traditionell recht stark an den Kriterien der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) der USA. Daraus resultiert eine gute Vergleichbarkeit der hauseigenen Daten mit nationalen und internationalen Daten, da sich viele Länder an den CDC-Kriterien orientieren.

Aufgrund der (teilweise) hochspezifischen Kriterien, die erfüllt sein müssen, um eine Infektion als nosokomial im Sinne der KISS-Kriterien zu klassifizieren, resultieren bei vielen KISS-Modulen extrem niedrige Infektionszahlen. Diese niedrigen Infektionszahlen kommen der Außendarstellung des

Makoschey, Dennis
Geschäftsstelle der
AWMF e.V.
Birkenstraße 67
10559 Berlin
Tel.: +49 30 20097777
Fax: +49 30 20097778
E-Mail:
awmf@awmf.org

Vorsitzende:
Prof. Dr. med.
Julia Seifert
Fachärztin für
Chirurgie, Orthopädie
und Unfallchirurgie
Unfallkrankenhaus
Berlin

Stellvertretender
Vorsitzender:
PD. Dr. med. Frank-
Albert Pitten
Hygieniker
Institut für Kranken-
haushygiene und
Infektionskontrolle
GmbH
Gießen

Sekretariat:
Bernd Gruber
Diplom-Pflegewirt,
Hygienefachkraft
Niels-Stensen-
Kliniken
Marienhospital
Osnabrück
Bischofsstrasse 1,
49074 Osnabrück
Tel: +49 541 326-8872
Fax: +49 541 326-2520
E-Mail:
Bernd.Gruber@niels-stensen-kliniken.de

Krankenhauses entgegen. Verständlicherweise werden die Indikatoren (obwohl nicht geeignet) weiter angewandt und zu wenig hinterfragt.

Der AK Krankenhaus- und Praxishygiene der AWMF macht darauf aufmerksam, dass eine Erfassung, die über Jahre hinweg keine oder nur extrem wenige Infektionen detektiert, ineffektiv ist, weil sie die Zielsetzung der gesetzlich geforderten Surveillance verfehlt: Es geht nicht um die Erfassung an sich, sondern darum, durch die Erfassung Daten zu gewinnen, anhand derer „sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden“ können.

Üblicherweise werden die Daten der Infektionserfassung auf den Hygienekommissionssitzungen der Krankenhäuser vorgestellt und bewertet. Wenn über Jahre hinweg die vorgelegten Daten so niedrig sind, dass sich keine Schlussfolgerungen daraus ableiten lassen, dann sind sie entweder nicht korrekt erfasst oder sie beziehen sich auf eine NI, die tatsächlich sehr selten vorkommt, weil der betreffende Arbeitsablauf oder Bereich des Krankenhauses tadellos ist. In jedem Fall geht die Erfassung ins Leere, weil sich keine Schlussfolgerungen daraus ableiten lassen.

Aus diesem Grund sollten die Krankenhäuser sorgfältig prüfen, ob ihre Art und Strategie zur Infektionserfassung zielführend und effektiv ist.

Wenn das Hygienefachpersonal, insbesondere die Hygienefachkräfte, einen erheblichen Teil seiner Arbeitszeit damit verbringt, Daten aus den konventionellen oder digitalen Akten der Patienten zu sammeln, um dann in der Hygienekommission regelmäßig festzustellen, dass es keinerlei Auffälligkeiten und daher auch keinen Handlungsbedarf gibt, dann verfehlt die Erfassung die Zielsetzung der Surveillance und der gesetzlichen Vorgaben. Eine solche Erfassung ist reine Ressourcenverschwendung und vollkommen ungeeignet, um die Versorgungsqualität der Patienten zu verbessern.

Diese Ausführungen sind keinesfalls als generelle Kritik an KISS zu verstehen. Es soll aber nachdrücklich darauf hingewiesen werden, dass gerade für mittlere und kleine Krankenhäuser viele KISS-Module möglicherweise keine Daten ergeben, aus denen sich sinnvolle Schlussfolgerungen ableiten lassen. Auch soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass das für die Erfassung nosokomialer Infektionen im ambulanten Bereich konzipierte Modul „Ambu-KISS“ seit 2016 eingestellt ist, so dass hier in jedem Fall eine vom KISS unabhängige Erfassung und Bewertung postoperativer Wundinfektionen erfolgen muss.

Krankenhaushygieniker und Hygienefachkräfte sollten daher gemeinsam prüfen, welche Erfassung in den verschiedenen Bereichen ihres Krankenhauses sinnvoll ist und die Hygienekommission entsprechend beraten. Die Erfassung sollte sich auch nicht fortwährend auf die gleichen NI beziehen, sondern durchaus gewechselt werden. Natürlich kann es aus Gründen der Qualitätssicherung in einigen Fächern sinnvoll sein, grundsätzlich und fortlaufend eine NI-Erfassung anhand der jeweiligen KISS-Module durchzuführen. Beispielhaft seien die Erfassung der postoperativen Wundinfektionen nach Gelenkimplantation, oder die Device-

assoziierten NI der Intensivmedizin benannt. Diese Erfassung allein genügt aber in der Regel nicht, um relevantes Verbesserungspotential zu erkennen.

Nachfolgend seien hier einige Situationen benannt, in denen die kurzfristige Entscheidung zur Erfassung von großem Nutzen sein kann:

So kann es z.B. nach Einführung eines neuartigen peripheren Venenverweilkatheters sinnvoll sein, für einen begrenzten Zeitraum die Punktprävalenz katheterassoziiierter Infektionen, namentlich der Thrombophlebitiden und Bakteriämien, zu erfassen.

Wird das Verfahren zur präoperativen Hautantiseptik geändert, kann es sinnvoll sein, für einen begrenzten Zeitraum alle Wunden postoperativ zu prüfen, um Infektionen zu erfassen, unabhängig von der Teilnahme an einem spezifischen KISS-Modul für postoperative Wundinfektionen.

Wird ein neues Set zum Einführen transurethraler Harnwegskatheter eingeführt, kann es sinnvoll sein, für einen begrenzten Zeitraum alle HWI zu erfassen, um Probleme des neuen Produkts oder der Anwender frühzeitig zu erkennen.

Gerade in der Chirurgie, insbesondere der minimal-invasiven Chirurgie, gibt es ständig methodische Fortschritte bedingt durch den Einsatz neuartiger Verfahren und Instrumente. Auch hier sollten deutlich häufiger gezielte Erfassungen der betreffenden NI erfolgen, statt nur auf das nächste KISS-Modul zu warten.

Fazit: im Fokus der Surveillance muss vor allem deren Eignung zur Erkennung von Problemen und zur Ableitung und Umsetzung erforderlicher Präventionsmaßnahmen stehen. Nicht für jede Einrichtung ist hierbei automatisch KISS als „goldener Standard“ anzusehen. Dem muss nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in der Wahrnehmung von Aufsichtsbehörden, Institutionen und Erstellern von Rankings und Qualitätsberichten Rechnung getragen werden. Diese Einrichtungen sollten Krankenhäuser und Arztpraxen für ambulantes Operieren nicht nur danach fragen, ob und wie die Erfassung nosokomialer Infektionen erfolgt, sondern insbesondere, welche Schlussfolgerungen aus den erhobenen Daten gezogen wurden.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. med. J. Seifert
(Vorsitzende)

PD Dr. med. F. Pitten
(stellv. Vorsitzender)

Literatur

- (1) Surveillance von nosokomialen Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:228–241