

05.12.2012

## Stellungnahme des NRZ zur „Klarstellung und Erläuterung der DGKH zum Stellenwert von Surveillance-Systemen in Einrichtungen des Gesundheitswesens“

In der „Klarstellung und Erläuterung der DGKH zum Stellenwert von Surveillance-Systemen in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ finden sich Aussagen mit Bezug zum KISS. Auf diese Aussagen möchten wir im Folgenden eingehen.

### Aussage 1 der DGKH:

*„Neben der Erfassung ist die zeitnahe Auswertung der Surveillance-Daten mit allen beteiligten Berufsgruppen zum Erfolg notwendig. Die Auswertung der Infektionsraten für die einzelnen Krankenhäuser bei Teilnahme an KISS liegt frühestens im Sommer des Folgejahres vor, bei einigen KISS-Modulen erst nach einem Jahr. Das ist viel zu spät, um spezifische Maßnahmen einzuleiten, oft hat dann auch das Personal auf den Intensivstationen längst gewechselt.“*

*Wenn Krankenhäuser Surveillance-Daten selbst auswerten, kann das bereits im Januar/ Februar möglich sein.“*

### Stellungnahme des NRZ:

Diese Aussagen sind falsch. Das Datenmanagement im KISS läuft über ein webbasiertes System (webKess). Die Auswertungen werden von den Teilnehmern selbst mit webKess erstellt. Auf Knopfdruck der Teilnehmer erzeugt das System die individuellen Auswertungen über von den Teilnehmern jeweils frei definierbare Zeiträume. Die Auswertung ist jederzeit möglich und umfasst tagesaktuell alle im System eingegeben Datensätze.

### Aussage 2 der DGKH:

*Das KISS- Modul „postoperative Wundinfektionen“ berücksichtigt keine aseptischen Wundheilungsstörungen (Serom, Hämatom, Nahtdehiszens) die häufig die Grundlage postoperativer Wundinfektionen sind. Hier hat die externe Qualitätssicherung nach BQS Vorteile.“*

### Stellungnahme des NRZ:

Entsprechend des Auftrages des NRZ werden im Modul OP-KISS die postoperativen Wundinfektionen als Indikator für die Infektionsprävention genutzt. Die Nahtdehiszenz ist ein Kriterium für die Diagnose postoperativer Wundinfektionen im KISS nach CDC-Definitionen und wird in diesem Sinne verwendet. Die aseptischen Komplikationen Serom und Hämatom stellen zwar Komplikationen nach chirurgischen Prozeduren dar, haben allerdings keinen Bezug zur Hygiene einer chirurgischen Abteilung und sind daher als Indikatoren für die Beurteilung des perioperativen Hygienemanagements ungeeignet.

### Aussage 3 der DGKH:

*„Sofern nach der Surveillance keine Reduktion der nosokomialen Infektionen resultiert, muss eine Änderung des Systems möglich sein. Wenn kontinuierlich eine niedrige Rate nosokomialer Infektionen vorliegt, muss ein (zeitweiliger) Ausstieg möglich sein, um die personellen Kapazitäten anderweitig einzusetzen. Eine Pflicht-Teilnahme ist daher abzulehnen.“*

### Stellungnahme des NRZ:

Es gibt keine Verpflichtung am KISS teilzunehmen. Auch eine kontinuierliche Surveillance ist im KISS nicht notwendig. Unterbrechungen und Beendigungen der Surveillance sind möglich und können in webKess durch die Teilnehmer selbst festgelegt werden. Hierfür sieht das System die individuelle Festlegung von Pausenintervallen und aktiven Surveillancephasen vor. Erfahrungen mit einer diskontinuierlichen Surveillance im KISS wurden bereits veröffentlicht. (Lemmen SW, Zolldann D, Gastmeier P, Lütticken R. *Implementing and evaluating a rotating surveillance system and infection control guidelines in 4 intensive care units. Am J Infect Control. 2001 Apr;29(2):89-93.*)

**Aussage 4 der DGKH:**

*„Der personelle Aufwand der Erfassung nach KISS ist zu hoch. Es darf nicht sein, dass Hygienefachkräfte andere wichtige Aufgaben vernachlässigen, weil sie nur KISS-Daten erfassen – und das Referenzzentrum mit Daten versorgen.“*

**Stellungnahme des NRZ:**

Die Durchführung einer Surveillance ist laut Infektionsschutzgesetz gesetzlich gefordert. Der für die Surveillance notwendige Aufwand ist somit primär zu leisten, um die gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen.

Die durchschnittliche Dauer für die Surveillance auf z.B. einer Intensivstation, die an KISS teilnimmt (ITS-KISS), beträgt laut Selbstauskunft der Teilnehmer knapp 3 Stunden/Woche. Bezogen auf eine 40 Stundenwoche werden somit für die gesetzlich geforderte Surveillance ca. 8% der Arbeitszeit für eine ITS aufgewandt, wenn die Surveillance im KISS erfolgt. Da das KISS eine elektronische Dokumentation und automatische Auswertungen ermöglicht, ist zu erwarten, dass der Aufwand für die Surveillance im KISS nicht höher liegt, als bei der Durchführung einer gesetzlich geforderte Surveillance ohne diese Unterstützung.

**Aussage 5 der DGKH:**

*„Sowohl 1994 (im Rahmen der NIDEP-Studie) als auch Ende 2011 (im Rahmen der Prävalenzerhebung des European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) wurden in Deutschland nosokomiale Infektionen mit 3,5 % bestimmt (Epidem Bull 2012 a). Dies heißt, dass trotz der seit 15 Jahren durchgeführten Erfassungen der nosokomialen Infektionsrate im Rahmen von KISS (Beginn 1997) hieraus keinerlei Einfluss auf die Infektionsraten resultierte.“*

**Stellungnahme des NRZ:**

Der Erfolg der Surveillance zeigt sich evtl. gerade daran, dass die nosokomialen Infektionen in Deutschland in den letzten 17 Jahren nicht angestiegen sind. Diese Konstanz trotz der enormen und zunehmend invasiven Fortschritte in der Medizin, dem auch im Krankenhaus festzustellenden demographischen Wandel bei gleichzeitiger Reduktion/ Rationalisierung von personellen Ressourcen und einer zunehmenden Verkürzung der Aufenthaltsdauer, die zu einer überproportionalen Anwesenheit von Risikopatienten und nosokomial infizierten Patienten führt – woraus bei Prävalenzerhebungen eher eine Überschätzung resultiert, könnte somit auch als erfreuliche Entwicklung gewertet werden. Allerdings waren unter den eingeschlossenen repräsentativ ausgewählten Krankenhäusern der aktuellen Prävalenzerhebung natürlich nicht ausschließlich Krankenhäuser, die an KISS teilnehmen.

**Aussage 6 der DGKH:**

*„Auch in der neonatologischen Intensivstation in Bremen wurde das Modul NEO-KISS über Jahre angewandt und hat weder den Klebsiellen-Ausbruch im Jahr 2011 verhindert noch zu seiner rechtzeitigen Erkennung beigetragen. Genauso wenig hat die Teilnahme an KISS in der Charite den Serratien-Ausbruch in der Neonatologie verhindert, obwohl dort das nationale KISS-Referenzzentrum angesiedelt ist.“*

### **Stellungnahme des NRZ:**

Die Grundidee der Surveillance von nosokomialen Infektionen im KISS ist die Feststellung des endemischen Niveaus, dessen zeitliche Entwicklung und qualitative Bewertung. Die Surveillance nosokomialer Infektionen und das Prinzip des KISS zielt nicht auf die Erkennung von Ausbrüchen ab, insbesondere nicht bei Patienten, die in die Surveillance gar nicht einzuschließen sind. Unter anderem hierfür sieht das Infektionsschutzgesetz allerdings die Surveillance von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen vor (siehe §23). Die Empfehlungen zur Durchführung der Surveillance von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen wurden vom RKI im epidemiologischen Bulletin veröffentlicht und sollten bekannt sein.

### **Aussage 7 der DGKH:**

*„Durch KISS werden nachweislich die Raten nosokomialer Infektionen unterschätzt (Zuscheid et al. 2010)“*

### **Stellungnahme des NRZ:**

Hier meint die DGKH wahrscheinlich die Veröffentlichung von Fr. Zuschneid 2010. Hierin wurden die Daten einer Analyse der Repräsentativität der KISS Daten dargestellt. Die Aussage im Original ist folgende: *„KISS ICUs started with nosocomial infection rates comparable to those found in our study ICUs. Over the years of participation, however, a decrease in nosocomial infections is seen. Thus, rates of nosocomial infection from KISS should be used as benchmarks, but estimations for Germany that are based on KISS data may underestimate the real burden of nosocomial infections.“* Somit weist Fr. Zuschneid darauf hin, dass bei Nutzung der KISS Daten als Grundlage epidemiologischer Betrachtungen der Umstand zu berücksichtigen ist, dass die KISS-Teilnehmer unter der Surveillance ihr Hygienemanagement optimieren, woraus in den folgenden Jahren niedrigere Infektionsraten resultieren. Das von der DGKH verwendete Zitat wird der Originalaussage somit in keinsten Weise gerecht.

### **Aussage 8 der DGKH:**

*„KISS bildet aufgrund eines Erfassungs-Bias nicht die realen MRSA-Raten in Deutschland ab: So ergibt sich auf Basis von KISS-Daten eine Rate von MRSA-Infektionen/Kolonisationen im stationären Bereich von 0,75 % (Epidem Bull 2010). Aktuelle Daten der MRSA-Netzwerke belegen jedoch Raten von mindestens 2,0 % (Epidem Bull 2012b), d.h. die realen Raten sind über 100 % höher.“*

### **Stellungnahme des NRZ:**

Die letzten aktuellen Daten des MRSA-KISS aus dem Jahr 2011 zeigen eine Tagesprävalenz von 1,6%. Die von der DGKH angeführte Veröffentlichung aus dem Epidemiologischen Bulletin zeigt eine Prävalenz in Krankenhäusern in Essen im gleichen Jahr von 1,5%. Der Unterschied ist somit marginal und keinesfalls größer 100%.

Der von der DGKH angeführte scheinbare Unterschied zwischen den 0,75% aus KISS und den 2,0% aus dem Epidemiologischen Bulletin gründet auf der wohl irrtümlich vorgenommenen Verwendung unterschiedlicher Kennzahlen in beiden Erhebungen (Inzidenz vs. Tagesprävalenz) durch die DGKH. Für einen Vergleich der Häufigkeiten bei zwei Erhebungen müssen aber natürlich die gleichen epidemiologischen Kennzahlen verwendet werden.

### **Aussage 9 der DGKH:**

*„KISS führt ebenfalls nicht zu einer Verbesserung der Prozessqualität: 2005 wurde eine Befragung auf allen an KISS teilnehmenden Intensivstationen in Deutschland veröffentlicht, aus der der Schluss gezogen wurde, dass „auf vielen deutschen Intensivstationen ... evidenzbasierte Empfehlungen nicht implementiert“ sind. So lag z. B. auf 16% der Stationen kein schriftlich fixierter Standard für die Anlage zentralvenöser Katheter (ZVK) vor, 37% wechselten den ZVK routinemäßig in festen Abständen und 5% der Intensivstationen legten nie einen suprapubischen Katheter (Vonberg et al. 2005).“*

### **Stellungnahme des NRZ:**

Um diese Aussagen im Sinne einer Beurteilung, wie die DGKH dies hier tut, bewerten zu können, müssten ebensolche Daten aus Krankenhäusern verfügbar sein, die nicht am KISS beteiligt sind oder wiederholte Erhebungen aus den KISS Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Erst dann wäre es möglich die in der Arbeit von Vonberg getroffen Aussagen hinsichtlich einer Verbesserung oder nicht-Verbesserung durch KISS Teilnahme zu beurteilen.

### **Aussage 10 der DGKH:**

„KISS führt ebenfalls nicht zu einer Verbesserung der Prozessqualität: *Eine Auswertung der KISS-Krankenhäuser im Jahr 2008 zeigt, dass dort beispielsweise angebrochene Einmaldosenbehältnisse in 40 % der Stationen nach Anbruch gelagert und weiter verwendet werden (NRZ 2010).*“

### **Stellungnahme des NRZ:**

Laut Europäischen Arzneibuch werden Medikamente in **nichtkonservierte Lösungen**, die in **Einmalbehältnissen** angeboten werden, sowie in **konservierte Lösungen**, welche in **Mehrdosenbehältnissen** erhältlich sind unterschieden. Behältnisse mit nichtkonservierten Lösungen sind zum einmaligen Gebrauch bestimmt. Nach einem Anwendungsgang sind Behältnis und evtl. verbleibende Restmengen der Lösung zu verwerfen.

Die DGKH erlaubt in einer Empfehlung von 2008 die Lagerung von Einzeldosenbehältnissen (Medikamente ohne Konservierungsstoffe) bis zu max. 24h (Zastrow, Popp 2008). Diese Empfehlung der Weiterverwendung bis zu 24h widerspricht somit den Vorgaben des Europäischen Arzneibuchs und den von den Herstellern gemachten Angaben, die ein sofortiges Verwerfen vorsehen.

Trotz dieser inhaltlich falschen Empfehlung der DGKH haben 60% der KISS Intensivstationen ein korrektes mit den Vorgaben in Deutschland übereinstimmendes Verhalten angegeben.

In der jetzt vorliegenden „Klarstellung und Erläuterung der DGKH..“ rügt die DGKH somit ein Verhalten bei KISS Krankenhäusern, dass Sie selber legalisiert.

### **Aussage 11 der DGKH:**

„Ein Grund für die angebliche Abnahme der Infektionsraten im Rahmen von KISS sind ständig veränderte Definitionen der Infektionen:

- So gab es früher noch die Definition der klinischen Sepsis, die seit 2008 ersatzlos gestrichen ist.
  - Seit 2011 ist eine Sepsis mit einem gewöhnlichen Hautkeim nur noch dann zu werten, wenn der Keim zweimal in Blutkulturen nachgewiesen wurde.
  - Bei der Pneumonie muss bei Patienten mit einer kardiopulmonalen Grunderkrankung – eine häufige Diagnose auf Intensivstationen – inzwischen ein Infiltrat mehrfach nachgewiesen werden.
- Dies alles mag inhaltlich begründet sein, führt aber automatisch zu einer Abnahme der Anzahl der möglichen Infektionen per Definition und verhindert gleichzeitig jede Längsschnittbeobachtung. Die angebliche Abnahme von Krankenhausinfektionen durch KISS ist also erheblich, wenn nicht ausschließlich, methodisch bedingt.“

### **Stellungnahme des NRZ:**

Es ist korrekt, dass sich die Definitionen im KISS z.T. über die Zeit geändert haben. Daher wurde in allen longitudinalen Analysen des KISS dieser Umstand berücksichtigt und nur Zeiträume für die Betrachtung zeitlicher Verläufe mit einheitlich und konstant angewandten Definitionen analysiert. Zeiträume in denen Definitionsänderungen stattfanden, wurden nie für Analysen zur Veränderung von Infektionsraten im KISS genutzt. Alle Veröffentlichungen des KISS berücksichtigen diesen Umstand.

Petra Gastmeier

Christine Geffers