

Surveillance nosokomialer Infektionen: Zum Umgang mit Surveillancedaten

Die Surveillance nosokomialer Infektionen ist Teil eines umfassenden Präventionskonzepts mit dem Ziel, den bestmöglichen Schutz der Gesundheit von Patienten zu gewährleisten. Mit dem gleichen Ziel hat der Gesetzgeber im Infektionsschutzgesetz (IfSG) neben der von der Leitung einer medizinischen Einrichtung zu tragenden Hauptverantwortung zusätzlich auch dem öffentlichen Gesundheitsdienst Aufgaben übertragen, die in erster Linie von den zuständigen Gesundheitsämtern vor Ort wahrzunehmen sind.

Die Aufgaben des Gesundheitsamtes umfassen eine Unterstützung der betroffenen Einrichtung bei der Einleitung erforderlicher Maßnahmen im Falle des gehäuften Auftretens nosokomialer Infektionen (ggf. als Folge einer Meldung nach § 6 Abs. 3 IfSG in Verbindung mit § 16 IfSG) oder solche im Rahmen der laufenden infektionshygienischen Überwachung von Einrichtungen gemäß § 36 IfSG bzw. der Umsetzung von § 23 Abs. 1 IfSG.

Bei den nach § 23 IfSG vorzunehmenden Aufzeichnungen des Auftretens bestimmter vom RKI festgelegter nosokomialer Infektionen und von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen handelt es sich um sehr sensible Daten (s. hierzu den folgenden Beitrag aus dem NRZ für Surveillance nosokomialer Infektionen), die der Einsicht durch das Gesundheitsamt unterliegen. Die Bewertung der in der Einrichtung gesammelten Surveillancedaten ist dem Leiter der Gesundheitseinrichtung übertragen; dieser ist indessen gut beraten, auch die Einschätzung des Einsicht nehmenden Mitarbeiters des Gesundheitsamtes in seine Bewertung und sein Handeln einzubeziehen. In einer gemeinsamen Suche nach Möglichkeiten einer Optimierung des Infektionsschutzes und der Verhütung vermeidbarer nosokomialer Infektionen liegt grundsätzlich eine Chance, die im Interesse der Patienten genutzt werden soll.

Die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, die in Erfüllung eines gesetzlich verankerten Auftrags in einer Gesundheitseinrichtung tätig werden, ergänzen mit speziellem Wissen und spezieller Erfahrung auf dem Gebiet der Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in der Regel das Wissen und die Erfahrung der in der stationären oder ambulanten medizinischen Versorgung tätigen Ärzte. Das mit dem Infektionsschutzgesetz verfolgte Ziel wird am ehesten dann erreicht, wenn bei der Umsetzung des IfSG ein vertrauensvoller Dialog auf fachlich-kollegialer Ebene im Hinblick auf mögliche Verbesserungen von Infektionspräventionsmaßnahmen geführt wird. Unter solchen Voraussetzungen entstehen erfahrungsgemäß sachdienliche Impulse zur Behebung krankenhaushygienischer Probleme. Eine wichtige Aufgabe besteht folglich darin, sich von der Etablierung bewährter, der Infektionsprävention dienender Strukturen zu überzeugen bzw. dazu anzuregen (s. hierzu auch den Bericht über die Fachtagung der AG Nosokomiale Infektionen am RKI zum Thema MRSA; *Epid. Bull.* 5/2005).

Dem Umgang mit Surveillancedaten wird derzeit auch international hohe Aufmerksamkeit gewidmet, wie ein aktueller Beitrag im *New England Journal of Medicine*¹ zeigt.

Nachfolgend veröffentlichen wir eine Stellungnahme aus dem Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance nosokomialer Infektionen, das über besondere Erfahrungen in der Bewertung der Surveillancedaten verfügt, zu dieser Thematik.

1. Weinstein RA, Siegel JD, Brennan, PJ: Infection-Control Report Cards – Securing Patient Safety. *N Engl J Med* 2005; 353: 225–227

Stellungnahme aus dem NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen zum Umgang mit Surveillancedaten

Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist für Krankenhäuser die Durchführung einer gezielten Surveillance nosokomialer Infektionen (Erfassung, Dokumentation, Feedback der Daten) verpflichtend. Diese Verpflichtung ergibt sich aus § 23 Absatz 1 IfSG. Der Gesetzgeber sieht eine fortlaufende Aufzeichnung von nosokomialen Infektionen in einer gesonderten Niederschrift einschließlich deren Bewertung vor. Bei den Aufzeichnungen zu nosokomialen Infektionen handelt es sich um sehr sensible Daten. Zum Teil besteht in Krankenhäusern die Befürchtung, dass Surveillance-Aufzeichnungen im Fall eines Rechtsstreites herangezogen werden könnten und sich dann als nachteilig für das Krankenhaus erweisen. Zusätzlich wird nicht selten die ebenfalls in § 23 IfSG vorgesehene Einsicht in die Aufzeichnungen zu Infektionen durch die Gesundheitsämter als kritisch betrachtet. Das NRZ sieht daher die Notwendigkeit einer Stellungnahme zum Umgang mit Surveillancedaten.

In erster Linie soll durch den § 23 des IfSG die eigenverantwortliche Qualitätssicherung gestärkt werden. Die gesetzlich geforderte Bewertung der erhobenen Daten erfordert die gleichzeitige Erhebung relevanter einrichtungsinterner Bezugsdaten sowie die Verfügbarkeit einrichtungsübergreifender Referenzdaten. Diese für die Bewertung der erhobenen Daten erforderlichen Referenzdaten werden in Deutschland durch das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des NRZ zur Verfügung gestellt. Die KISS-Methode sieht die Erfassung der nosokomialen Infektionen durch eigenes Personal des jeweiligen Krankenhauses anhand festgelegter Definitionen vor. Die durch die aktiv an KISS teilnehmenden Krankenhäuser erhobenen Daten liefern die Grundlage für die Berechnung der Referenzdaten. Die Qualität der Referenzdaten ist abhängig von der Qualität der Daten aus den Einrichtungen. Die Qualität der lokal erhobenen Daten sollte hoch und wenig beeinflussbar sein. Referenzdaten zu nosokomialen Infektionen werden durch das NRZ ausschließlich anonymisiert zur Verfügung gestellt. Rückschlüsse auf Infektionsraten einzelner Krankenhäuser sind nicht möglich. Der Umgang mit einrichtungsspezifischen Daten ist streng vertraulich.

Bei den innerhalb des KISS dokumentierten nosokomialen Infektionen handelt es sich per definitionem um Infektionen, die sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt haben, also nicht bereits erkennbar vorher bestanden. Wann und wo genau die Infektion erworben wurde, ist oft schwer feststellbar und der Nachweis, dass die Infektion mit dem Klinikaufenthalt kausal verbunden ist, deshalb im Interesse einer möglichst vollständigen Erfassung, bei der nicht schon die Eingangsdaten durch Bewertungsunklarheiten und -unterschiede erschwert und ggf. verzerrt sind, auch nicht gefordert.

Wenn auch die Zielrichtung der Surveillance in der Minimierung von Infektionsrisiken in Krankenhäusern liegt, wird doch davon ausgegangen, dass nur etwa ein Drittel aller nosokomialer Infektionen vermeidbar ist. Schon aus diesem Grund ist mit der Feststellung einer nosokomialen Infektion keinesfalls automatisch ein Vorwurf oder gar eine Schuldzuweisung im Sinne eines fehlerhaften Verhaltens des Personals verbunden.

Die in KISS angewandte Methode ist entwickelt worden, um die erhobenen Daten für die interne Qualitätssicherung nutzbar zu machen. Im Anschluss an die Erhebung der Daten als ersten Schritt muss sich daher immer eine kritische und differenzierte Analyse der eigenen Daten im Sinne der Bewertung anschließen. Da Externe in der Regel die für eine differenzierte Analyse erforderlichen Details nicht kennen, eignen sich beobachtete Infektionsraten als solche nicht für externe Bewertungen.¹

Auch wenn die aktive Teilnahme am KISS nicht grundsätzlich für alle Krankenhäuser empfohlen wird, gilt die KISS-Methodik auch für nicht unmittelbar beteiligte Einrichtungen als empfohlene Methode der Surveillance.²

Das IfSG sieht die Aufzeichnung und Bewertung nosokomialer Infektionen durch die Krankenhäuser vor. Dem Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen zu gewähren. Hierdurch soll das Gesundheitsamt in die Lage versetzt werden, sich von der Durchführung der gesetzlich verlangten Surveillance zu überzeugen.

Die Gefahr durch eine undifferenzierte externe Bewertung der Daten besteht in einer eventuellen Fehleinschätzung der Infektionssituation durch Unkenntnis der einflussnehmenden Faktoren. Darüber hinaus muss auch befürchtet werden, dass die interne Aufzeichnung der Daten bewusst oder auch unbewusst den Erwartungen der externen Bewerter angepasst wird. Die undifferenzierte Bewertung der Daten von Extern könnte in Einzelfällen somit einer internen kritischen Auseinandersetzung im Wege stehen und wäre im Sinne des eigentlichen Zieles des Gesetzes, sich mit den eigenen Infektionsdaten auseinander zu setzen, kontraproduktiv. Dass solche Befürchtungen nicht ganz von der Hand zu weisen sind, zeigen an das NRZ herangetragene Hinweise. Bei der Begleitung der klinik-internen Umsetzung von § 23 IfSG durch die Gesundheitsämter sollten daher immer auch die Gefahren, die mit einer vorschnellen oder verkürzten Dateninterpretation verbunden sind, im Blick behalten werden. Die

primäre Aufgabe der Gesundheitsämter besteht in diesem Zusammenhang darin, sich von der sachgemäßen Durchführung einer Surveillance im Sinne des § 23 IfSG zu überzeugen.

Der verantwortungsbewusste Umgang mit Infektionsdaten ist auch in Bezug auf die Verlässlichkeit der erhobenen Daten essenziell.

Ebenfalls kritisch zu diskutieren ist der von einigen Krankenhäusern geäußerte Wunsch, die eigenen bei der Surveillance ermittelten Infektionsraten der Öffentlichkeit zugänglich zu machen und als Werbeträger einzusetzen. Im Allgemeinen besteht dieser Wunsch beim Vorliegen einer günstigen Infektionssituation. Der Wunsch, vorzeigbare Infektionsraten zu ermitteln, und die Verknüpfung von Surveillance- und wirtschaftlichen Interessen könnte einer objektiven Surveillance jedoch im Wege stehen. Zur Zeit kann noch keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Vorteile solcher öffentlichen Berichte zu nosokomialen Infektionen die Nachteile aufwiegen werden. Obwohl in den USA seit 2002 in inzwischen 5 Bundesstaaten bereits ein *public reporting* von nosokomialen Infektionen gesetzlich gefordert wird, spricht das Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) daher zur Zeit keine Empfehlung für die Veröffentlichung von Infektionsdaten aus.³

Bevor hier nicht eindeutig Stellung für oder gegen ein *public reporting* getroffen werden kann, sollte von extern allein die Durchführung und Intensität einer Surveillance als Merkmal für qualitätsbewusstes Handeln herangezogen werden, nicht jedoch die Höhe der Infektionsraten. Die Auseinandersetzung mit den Infektionsraten muss intern in den Krankenhäusern bzw. auf Abteilungsebene erfolgen. Nur hier können die richtigen Schlüsse in Bezug auf mögliche Konsequenzen bei den Infektionspräventionsmaßnahmen gezogen werden.

Diese Stellungnahme aus dem NRZ wurde erarbeitet von Frau Dr. C. Geffers und Herrn Prof. Dr. H. Rüden, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité, Universitätsmedizin Berlin, und Frau Prof. Dr. P. Gastmeier, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Medizinische Hochschule Hannover.

Ansprechpartner ist Herr Prof. Dr. H. Rüden,
E-Mail: Henning.Rueden@charite.de.

1. Gastmeier P, Sohr D, Geffers C, et al.: Are nosocomial infection rates in intensive care units useful benchmark parameters? *Infection* 2000; 28 (6): 346–350
2. RKI: Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2000; 43: 887–890
3. Wong ES, Rupp ME, Mermel L, et al.: Public disclosure of healthcare-associated infections: the role of the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005; 26: 210–212