



Deutsche Gesellschaft  
für Krankenhaushygiene e.V. DGKH

**Geschäftsstelle**  
Joachimstaler Straße 10  
10719 Berlin  
Telefon +49 30 8855 1615  
Fax +49 30 8855 1616  
E-Mail [info@krankenhaushygiene.de](mailto:info@krankenhaushygiene.de)

## Vorstand

*Präsident*  
Prof. Dr. med. Martin Exner  
Bonn

*1. Vizepräsident und  
stellv. Schatzmeister*  
Prof. Dr. med. Walter Popp  
Essen

*2. Vizepräsident und  
Beauftragter für Rechtsfragen*  
Dr. jur. Alfred Schneider  
Pforzheim

*Schatzmeisterin*  
Prof. Dr. rer. nat. Heike Martiny  
Berlin

*Koordinator für Leitlinien,  
Öffentlichkeitsarbeit*  
Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow  
Berlin

Amtsgericht Greifswald  
Registernummer VR 293

Str.-Nr. 084/141/01667

**Bankverbindung**  
Weberbank Berlin  
Konto 6 106 852 008  
BLZ 101 201 00  
IBAN DE54101201006106852008  
SWIFT WELADED1WBB

**Bankverbindung Mitgliedsgebühren**  
Weberbank Berlin  
Konto 6 106 852 044  
BLZ 101 201 00  
IBAN DE52101201006106852044  
SWIFT WELADED1WBB

**Internet**  
[www.krankenhaushygiene.de](http://www.krankenhaushygiene.de)

## Klarstellung und Erläuterung der DGKH zum Stellenwert von Surveillance-Systemen in Einrichtungen des Gesundheitswesens

### 1. Hintergrund und Anlass der Stellungnahme

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) stellt fest, dass in zunehmenden Maße von Auditoren im Rahmen von Zertifizierungen, von Gesundheitskonferenzen, Krankenhausgesellschaften und auch Versicherungen die Krankenhäuser verpflichtet werden sollen, an überregionalen Messungen nosokomialer Infektionen teilzunehmen. Derartige Forderungen entbehren einer inhaltlichen wie juristischen Grundlage (Bales et al. 2003).

Insbesondere wird häufig gefordert, an den KISS-Modulen teilzunehmen. Die DGKH lehnt dies entschieden ab, da die Ergebnisse nicht valide sind und das eingesetzte Personal sinnvollerweise anderweitig tätig werden sollte.

### 2. Kritische Anmerkung zu KISS als primäre Strategie zur Verbesserung der Krankenhaushygiene in Deutschland

KISS hat nicht zu einem flächendeckenden Erfolg in Deutschland geführt, weil es falsch angelegt ist:

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



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.

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.

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

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).
- 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).

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.

### 3. Position der DGKH

Die DGKH unterscheidet zwischen den

- proaktiven Strategien und
- reaktiven Strategien.



**Proactive Strategien** (Primärprävention) zielen darauf ab, durch betrieblich –organisatorische und baulich- funktionelle Kriterien , Sicherstellung eines hohen Ausbildungsstandes des medizinischen Personals, ausreichende Anzahl von krankenhaushygienischem Personal, Qualitäts-Kontrolle und -Verifizierung etc. nosokomiale Infektionen primär zu verhüten, d.h. diese gar nicht erst entstehen zu lassen.

**Reaktive Strategien** (Sekundärprävention) zielen darauf ab, nosokomiale Infektionen oder Infektionserreger nach deren Auftreten zu erfassen, zu bewerten und Maßnahmen zu veranlassen. Hierzu zählen eindeutig auch die Verfahren zur Surveillance.

In den letzten Jahrzehnten wurde die Krankenhaushygiene zu einseitig auf reaktive Strategien wie die Surveillance basiert, deren Durchführung allein noch keine Infektion verhütet. Hierdurch ist es zu einer starken Vernachlässigung proaktiver Strategien gekommen.

Es ist wesentlich sinnvoller, das Hygienefachpersonal zur Verbesserung der Prozessabläufe einzusetzen als zur personalaufwändigen „Messung“ von Infektionsraten im Rahmen von KISS.

Aus Sicht der DGKH können Ergebnismessungen sinnvoll sein, sowohl für interne Längsschnittbeobachtungen als auch unter Umständen im Sinne eines externen Benchmarkings. Aus diesem Grund unterstützt die DGKH die im Infektionsschutzänderungsgesetz des Jahres 2011 vorgesehene Entwicklung von Hygieneparametern über den GBA, die als Routineparameter in Zukunft zu erfassen sein werden. Zusätzliche Methoden zur hygienischen Ergebnismessung sind jedoch abzulehnen, solange keine Erfahrungen mit den vom GBA vorzugebenden Messungen vorliegen.

Die DGKH vertritt die Position, dass zur Verbesserung der Hygiene in den Krankenhäusern zuerst proaktive betrieblich-organisatorische und baulich-funktionelle Strukturverbesserungen erforderlich sind. Anstatt nur Infektionen und Infektionserreger nach deren Auftreten zu erfassen, müssen Infektionsreservoir intensiver untersucht und unter Kontrolle gebracht werden.

Bewährte Strategien müssen konsequent umgesetzt und ihre Einhaltung gesichert werden. Die hierdurch zu erreichenden Präventionspotentiale sind erheblich.

- Es muss mehr Hygienefachpersonal beschäftigt werden, entsprechend den Vorgaben der KRINKO aus dem Jahr 2009.
- Das medizinische Personal muss bereits in der Ausbildung deutlich besser in der modernen Krankenhaushygiene ausgebildet werden und danach häufiger und intensiver geschult werden.
- Der Abbau qualifizierten Personals, z. B. in der Pflege, muss gestoppt werden.
- Die Reinigung und Desinfektion muss wieder verbessert werden, u.a. durch Reduktion der in einer Stunde zu erbringenden Flächenleistung.
- Die studentische Ausbildung in Hygiene muss verbessert und ausgeweitet werden. Dies geht nur durch die Wiedereinrichtung der Hygiene-Lehrstühle an allen medizinischen Fakultäten; Mikrobiologen und andere Fachdisziplinen können das Fach Hygiene nicht vertreten.

Insgesamt müssen in den nächsten Jahren wieder proaktive Strategien gegenüber den reaktiven einen höheren Stellenwert erhalten.



*Literatur*

- Bales, Baumann, Schnitzler: Infektionsschutzgesetz, Kommentar und Vorschriftensammlung. 2. überarbeitete Auflage, 2003. Verlag W. Kohlhammer. Randnr. 5 zu § 23 IfSG (a.F.)
- Epidem Bull 13. September 2010, Nr. 36, 359
- Epidem Bull 2. Juli 2012a, Nr. 26, 239
- Epidem Bull 9. Juli 2012b, Nr. 27, 249
- Vonberg et al.: Anaesthesist 2005, 54, 975
- Zuscheid et al: Infect Control Hosp Epidemiol 2010, 31, 934

12. November 2012