

Harald Smetak
Dr. med.

Infektionserfassung als Instrument zur Qualitätssicherung

Geboren am 29.04.1961 in Esslingen am Neckar
Reifeprüfung am 27.05.1981 in Esslingen am Neckar
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1981 bis zum SS 1988
Physikum am 05.09.1983 an der Universität Ulm
Klinisches Studium in Ulm
Praktisches Jahr im Bundeswehrkrankenhaus Ulm
Staatsexamen am 13.05.1989 an der Universität Ulm

Promotionsfach: Hygiene
Doktorvater: Prof. Dr. med. H. K. Geiss

Qualitätssicherung in der Medizin ist ein Schlagwort, das in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung für die tägliche Arbeit in Klinik und Praxis gewonnen hat. Spätestens seit der Entschließung des 96. Ärztetages 1993, dass "Ärzte in Krankenhäusern und Praxen, die operativ tätig sind, aufgefordert werden, eine Infektionsstatistik zu führen", wurde die Infektionserfassung als Instrument der Qualitätssicherung auch offiziell anerkannt.

In diesem Sinne wurde am Klinikum Meiningen, einem Krankenhaus der überregionalen Versorgung, die Möglichkeit der Umsetzung einer systematischen Infektionserfassung bei schwerstkranken Intensivpatienten untersucht. Im Untersuchungszeitraum Mai 1997 bis April 1998 wurden 1244 Patienten mit 7300 Patiententagen auf die Intensivstation aufgenommen und hinsichtlich des Auftretens einer nosokomialen Infektion überwacht. Bei 244 Patienten traten 384 nosokomiale Infektionen auf, was einer Inzidenz von 19,6% bzw. einer Inzidenzdichte von 52,6 Infektionen auf 1000 Patientenliegetage entspricht. Am höchsten war die Rate beatmungsassoziierter Pneumonien mit 26,2 pro 1000 Beatmungstage, vor 14,5 Harnwegsinfekte pro 1000 Kathetertage und 4,2 ZVK-assoziierte Sepsisfälle pro 1000 Kathetertage.

Der Vergleich der Globalrate entspricht dem Ergebnis von Studien bei ähnlichen Patientengruppen, wobei gezeigt wird, dass aufgrund unterschiedlicher Erfassungsarten (prospektiv vs. Retrospektiv, Prävalenz vs. Inzidenz), Unterschiede bei der Definition von Infektionen und letztendlich unterschiedlicher Patientenstruktur, dieser Vergleich nur von eingeschränktem Wert ist.

Beim Vergleich der "device-assoziierten" Raten kann dieser systematische Fehler zwar ansatzweise eliminiert werden, aber auch hier führen Krankenhaus-spezifische Faktoren (primäre Ausrichtung akut vs. rehabilitativ, Fachrichtung mit patientenbedingten Risikofaktoren) zu Problemen bei der Wertung der Raten. Dennoch liegt der Wert dieser Erfassung bei der Erkennung von Problembereichen und spezifischen Schwächen bei der hygiene-relevanten Prophylaxe von infektionsassoziierten Risiken. So wurden aufgrund der Grundlage der erhobenen Daten Schlussfolgerungen zur gezielten Verhaltensänderungen erarbeitet und erfolgreich im klinischen Alltag etabliert.