

Studien zur Infektionsprävention: Richtig analysieren und bewerten (Taschenbuch)

von Petra Gastmeier (Autor),
Stephan Harbarth (Autor)

Taschenbuch: 112 Seiten,
Verlag: mhp; Auflage: 1,
Sprache: Deutsch,
ISBN-10: 3886810836,
ISBN-13: 978-3886810833,
Preis: 19,80 €

Interview zum Buch „Studien zur Infektionsprävention“

kinderkrankenschwester:
Sie haben zusammen mit
Stephan Harbarth ein Buch über
die Interpretation von Studien
zur Infektionsprävention
geschrieben. Was war der
Hintergrund für ein solches
Buch?

Krankenhausinfektionen, also nosokomiale Infektionen, sind nach wie vor ein großes Problem in Deutschland. Präventionsmaßnahmen sind somit von hoher Priorität. Auf der anderen Seite gibt es einen enormen Kostendruck im Gesundheitswesen und große Zeitknappheit der Mitarbeiter. Deshalb muss jede Entscheidung zur Durchsetzung oder zum Verzicht bestimmter Präventionsmaßnahmen sehr gut begründet werden. Darum brauchen wir gute Studien, die belegen, dass eine bestimmte Maßnahme sinnvoll ist oder nicht sinnvoll ist. Aber wir brauchen auch Akteure auf dem Gebiet der Infektionsprävention, die in der Lage sind, die Studien zur Infektionsprävention richtig zu interpretieren. Das ist nicht unbedingt trivial, und viele Kolleginnen und Kollegen haben es bisher nicht gelernt, Studien schnell und unter Berücksichtigung wichtiger methodischer Gesichtspunkte kritisch zu lesen und die richtigen Schlussfolgerungen



Prof. Dr. med. Petra Gastmeier
Charité-Universitätsmedizin
Berlin
Direktorin des Institut für
Hygiene und Umweltmedizin

davon abzuleiten. Das Ziel dieses Buches war es deshalb, die wichtigsten Aspekte, die man beim Lesen von Studien beachten muss, einfach zu vermitteln und ihre Bedeutung anhand ausgewählter Studien zu erläutern.

Aber Lehrbücher zum kritischen Lesen von Studien gibt es doch einige?

Ja, das ist völlig richtig, und wir haben auf einige von Ihnen auch am Ende unseres Buches hingewiesen. Es ist aber viel angenehmer, wenn man sich beim Lernen des kritischen Lesens an Beispielen aus dem eigenen Fachgebiet orientieren kann, dann wird dieses Studium auch viel interessanter. Außerdem gibt es durchaus einige Besonderheiten, die man beim Lesen von Studien zur Infektionsprävention beachten muss, und die in anderen Fachgebieten nicht unbedingt relevant sind.

Können Sie dazu Beispiele nennen?

Ein wichtiger Aspekt ist beispielsweise der Endpunkt von Studien. In der Regel wird das Auftreten von Infektionen (ja/nein) der Endpunkt von Studien zur Infektionsprävention sein. Viele nosokomiale Infektion treten glücklicherweise relativ selten auf, so dass Studien mit diesem Endpunkt entweder über sehr lange Zeiträume durchgeführt werden müssen, um ausreichend Patienten einzuschließen, oder sie müssen in verschiedenen Zentren nach einheitlicher Methode durchgeführt werden. Das ist aber ein logistisches Problem oder mit hohen Kosten verbunden, so dass immer wieder auch einige Forschergruppen Studien mit dem Endpunkt „Kolonisation“ vorlegen, denn Kolonisationen kommen in der Regel viel häufiger vor. Aber eine Keimbildung muss nicht unbedingt zur Infektion führen, somit ist dieser Endpunkt eher „weich“, und entsprechende Studien können höchstens einen orientierenden Charakter haben. Beispielsweise sind Beatmungsschläuche nach einigen Tagen Anwendung immer mit Mikroorganismen besiedelt. Das heißt aber durchaus nicht, dass man Beatmungsschläuche täglich wechseln muss, auf die Pneumonierate bei beatmeten Patienten hat die Besiedlung der Beatmungsschläuche keinen Einfluss. Manchmal wird auch die Infektion nicht als Endpunkt akzeptiert, sondern es wird verlangt, die Wirksamkeit einer Präventionsmaßnahme hinsichtlich des Endpunktes „TOD“ nachzuweisen. Das trifft zum Beispiel bei einer Infektion wie der Aspergillose zu, die schwierig zu definieren ist, und bei Präventionsmaßnahmen, die besonders auf-



wändig sind oder auch Nebenwirkungen haben können, wie z.B. die selektive Darmdekontamination.

Wie verhält es sich mit der Kontamination der Patientenumgebung als Studienendpunkt?

Dieser Endpunkt ist sehr ungeeignet, bei solchen Studien sollte man besonders vorsichtig sein. Wenn in der Umgebung eines Patienten bestimmte Infektionserreger zu finden sind, bleibt in den allermeisten Fällen offen, ob die Erreger von der Umgebung aus zum Patienten gelangt sind oder ob sich die Erreger vom Patienten aus in die Umgebung ausgebreitet haben. Der zeitliche Ablauf des Auftretens der Erreger kann nur selten verfolgt werden.

Gibt es noch weitere Besonderheiten von Studien zur Infektionsprävention?

Natürlich. Zum Beispiel können manche Studien zur Infektionsprävention nicht „verblindet“ werden, wie bei der Untersuchung, welchen Einfluss die aufrechte Position des Patienten im Intensivbett auf die Prävention einer Beatmungspneumonie hat oder ob die präventive Unterbringung von Patienten im Einzelzimmer die Besiedlung der Patienten mit multiresistenten Erregern verhindert.

Welchen Wert haben Laborstudien?

Solche Studien haben allenfalls einen hinweisenden Charakter. Selbstverständlich kann man zum Beispiel im Labor nachweisen, dass die Verwendung bestimmter Materialien für Türklinken ihre Kontamination reduziert. Aber ob das einen Einfluss auf die nosokomiale Übertragung von pathogenen Erregern hat, bleibt völlig offen. Mir wäre es in diesem Falle viel wichtiger, dass die Mitarbeiter die Indikationen und Regeln der Händedesinfektion beachten, wenn sie am Patienten tätig werden, dann ist eine kontaminierte

Türklinke (die ohnehin nie steril sein kann) halb so schlimm.

Kann man die Ergebnisse von so gen. randomisierten, kontrollierten Studien auf das wirkliche Leben übertragen?

Das ist natürlich auch ein wichtiger Punkt. In solchen Studien werden nach zuvor definierten Einschluss- und Ausschlusskriterien Patientengruppen von vornherein ausgeschlossen, für die verbleibenden Patienten wird dann gezeigt, dass eine bestimmte Maßnahme von Vorteil ist oder auch nicht. Hier ist der Unterschied zwischen „efficacy“ und „effectiveness“ zu nennen. Während die „efficacy“ die absolute Wirksamkeit einer Maßnahme im kontrollierten klinischen Versuch (randomisierte kontrollierte Studie; RCT) beschreibt, charakterisiert die „effectiveness“ die relative Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen. Beispielsweise konnte der Vorteil der aufrechten Position des Patienten im Intensivbett in einer einzelnen RCT gezeigt werden, in weniger für diese Maßnahme motivierten Umgebungen konnte dieses Ergebnis aber nie wieder reproduziert werden.

Wenn die Interpretation von Studien zur Infektionsprävention so schwierig ist, sollte man nicht am Besten auf die Beurteilung durch Experten vertrauen?

Ganz und gar nicht. Infektionsprävention ist auch ein Markt, es gibt durchaus Akteure in diesem Feld, die von der Anwendung verschiedener nicht sinnvoller Infektionspräventionsmaßnahmen profitieren und entsprechende Publikationen lancieren. Deshalb ist es so wichtig, selbst in der Lage zu sein, klinische Studien kritisch zu beurteilen und sein eigenes Urteil bilden zu können.

Herzlichen Dank Frau Prof. Dr. med. Gastmeier für das Interview.

Das Interview führte
Hardy-Thorsten Panknin.