



PD Dr. med. Sebastian
Schulz-Stübner

Erwartungen, Erkenntnisse, Ernüchterung – Implementierung bei unklarer Evidenzlage

Liebe Leserinnen und Leser,

die Implementierung von Leitlinien in den Alltag ist nicht selten mit erheblichen Verzögerungen verbunden. Als Gründe hierfür werden zahlreiche psychologische Faktoren diskutiert, aber welche Rolle spielt eigentlich die Qualität der zugrunde liegenden Evidenz?

Wenn wir wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich ihrer internen und externen Validität beurteilen wollen, so geht es bei der Analyse des Studiendesigns um die Minimierung von systematischen Verzerrungen, des sogenannten Bias, und die Ausschaltung des Zufalls. Der Goldstandard ist dabei nicht zwangsläufig die doppelblind-randomisierte, kontrollierte Studie (RCT), sondern das Verfahren mit der besten Fehlerkontrolle. In der Hygiene- und Versorgungsforschung sind dies häufig Zeitreihenanalysen, aber auch große Registerstudien.

Die Problematik bei der Erstellung eines systematischen Reviews ergibt sich mitunter bereits aus der Formulierung der Fragestellung, der Systematik der Literaturrecherche, der Qualitätsbewertung der Funde und mündet in der Zusammenfassung der Evidenz und Interpretation der Ergebnisse. Bei der Erstellung von Leitlinien sieht es nicht anders aus, wobei hier nicht selten Angaben zum genauen Ablauf des Analyse- und Bewertungsprozesses der zugrunde liegenden Arbeiten und zum Konsentierungsprozess fehlen.

Schaut man sich die jüngsten Empfehlungen zur Prävention postoperativer Wundinfektionen an, so findet man beispielsweise in den Surgical Site Infection Guidelines des American College of Surgeons und der Surgical Infection Society [1] die Empfehlung zur perioperativen Blutzuckerkontrolle auf Werte zwischen 110–150 mg/dl. In der Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection wird empfohlen, den Blutzucker unter 200 mg/% zu halten [2], und die WHO empfiehlt ein Protokoll zur strikten Blutzuckerkontrolle, ohne sich auf eine genaue Zielempfehlung festzulegen [3]. Die den Empfehlungen zugrunde liegenden Studien sind weitgehend identisch – die Interpretation fällt dennoch unterschiedlich aus.

Welchen Zielwert schreibe ich nun in meine hausinterne Verfahrensweisung, von der ich hoffe, dass sie dann umgesetzt wird?

Ein weiteres Beispiel: In der WHO-Empfehlung wird die Gabe von 80% Sauerstoff für intubierte Patienten in Allgemeinanästhesie und – wenn möglich – für 2–6 Stunden postoperativ empfohlen [3], während bei der CDC-Guideline ein differenziertes Vorgehen beschrieben wird und die starke Empfehlung nur für lungengesunde Patienten gilt [2]. In der anästhesiologischen Literatur wurden diese Empfehlungen aufgrund der zunehmenden Erkenntnisse zur Sauerstofftoxizität und assoziierter Komplikationen stark kritisiert [4].

Was mache ich nun in meiner Klinik und wie überzeuge ich Anästhesisten und Chirurgen?

Wenn wir noch mal einen Schritt zurückgehen, dann bedeutet evidenzbasierte Medizin die Übertragung der bestmöglichen externen Evidenz auf die individuellen Verhältnisse des Patienten – sprich: Passt das Studienergebnis zur konkreten Situation meines Patienten oder gibt es weitere Umstände, die eine andere Strategie rechtfertigen oder erfordern? Dieses Prinzip lässt sich auch auf institutionelle Vorgaben aufgrund einer spezifischen Risikoanalyse übertragen, wie es ja auch von der KRINKO inzwischen in vielen Empfehlungen explizit erwähnt wird.

So fährt man mit dem Prinzip „keep things normal“ hinsichtlich Blutzuckereinstellung, Volumenstatus, Temperatur, Oxygenierung und Ventilation derzeit nicht nur hinsichtlich der Infektionsprävention, sondern der Gesamthomöostase im OP wahrscheinlich am besten – wobei die Ausgangslage des Patienten mit berücksichtigt werden muss.

Wie der Kliniker das Denken nicht in der Umkleide ablegen darf und sich alleine auf den Behandlungspfad verlassen kann, so ist die Expertise der Krankenhaushygiene bei der Übertragung externer Evidenz und der Umsetzung von Leitlinien auf die einrichtungsspezifische Ebene und vor allem bei der Implementierung mehr denn je gefragt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Infektionsprävention ein wichtiger, aber nicht der alleinige Aspekt einer Entscheidung für oder gegen eine spezifische Maßnahme ist und das Gesamtbild der Versorgung des individuellen Patienten wie der Einrichtung zu berücksichtigen ist. Hierfür ist ein interdisziplinärer Austausch zwischen den Fachrichtungen und beteiligten Berufsgruppen essenziell – dann lassen sich gemeinsame Entscheidungen auch umsetzen, selbst bei unsicherer oder widersprüchlicher Evidenzlage.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Sebastian Schulz-Stüber

Quellen

- [1] Ban KA, Minei JP, Laronga C et al. American College of Surgeons and Surgical Infection Society: Surgical Site Infection Guidelines, 2016 Update. *J Am Coll Surg* 2017; 224: 59–74
- [2] Berrios-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW et al. Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infections. *JAMA Surg* 2017; 152: 784–791
- [3] Allegranzi B, Zayed B, Bischoff P et al. New WHO recommendations on intraoperative and postoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. *Lancet Infect Dis* 2016; 16: e288–e303
- [4] Hedenstierna G, Perchiizzi G, Meyhoff CS et al. Who can make sense of the WHO guidelines to prevent surgical site infection? *Anesthesiology* 2017; 126: 771–773
- [5] Zacharowski K, Volk T, Weiss R et al. „O2 can do“ – harm you! Vorwort und Kommentar zur aktuellen WHO-Empfehlung zur Wundinfektionsprävention. *Anästhesiologie* 2017; 58: 211–219