

NEWSLETTER

ADKA-IF-DGI Antiinfektiva-Surveillance-Projekt



11. Ausgabe
August 2018

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wussten Sie, dass das ADKA-if-DGI Projekt jetzt bereits seit mehr als 10 Jahren besteht – wengleich in unterschiedlichen Formen und mit verschiedenen Beteiligten? Wir möchten hier jedoch nicht nur auf die zurückliegenden erfolgreichen Jahre blicken, sondern Ihnen vor Allem ein Update zu den aktuellen und zukünftigen Entwicklungen des Projekts geben.

Aktueller Stand des Projekts

Bis heute haben 400 Krankenhäuser einen Vertrag zur Projektteilnahme unterzeichnet, von diesen Vertragsunterzeichnern nimmt über die Hälfte regelmäßig aktiv am Projekt teil. Damit ist das ADKA-if-DGI-Projekt noch immer das umfangreichste Projekt zur Erhebung des stationären Antibiotikaverbrauchs in Deutschland.

Auch die kürzlich veröffentlichte [Umfrage](#) des Ausschusses für Antiinfektive Therapie der ADKA spiegelt das gestiegene Interesse an externen Verbrauchssurveillance-Systemen wieder. Nahmen im Jahr 2015 noch 54 % der Umfrageteilnehmer (n = 121) an einem externen Verbrauchssurveillance-System teil, so beteiligen sich in 2017 bereits 62 % der Umfrageteilnehmer (n = 164) an einem oder mehreren Systemen.

Trotz des großen Interesses Ihrerseits sind mehr Verbrauchsdaten notwendig, um repräsentativ für die deutsche Krankenhauslandschaft zu sein. Hier sind weiterhin Ihr unermüdliches Engagement und Ihre Mithilfe gefragt.

Seit April 2017 ist der Krankenhausvergleichsreport (KVR) 2016/17 auf der [Projekthomepage](#) verfügbar. Dieser stellt die Antibiotika-Verbrauchsdaten von 213 Kliniken dar: 125 KH < 400 Betten; 46 KH 400-

800 Betten, 42 KH > 800 Betten (davon 20 Universitätskliniken).

Der KVR 2016/17 ist für aktive Projektteilnehmer mittels Passwort zugänglich, die vorherigen KVR sind wie gewohnt frei auf der Homepage einsehbar. Der aktuelle KVR wurde, wie im letzten Newsletter angekündigt, auf Basis der aktualisierten RDD erstellt. Bitte bedenken Sie diese Änderung bei der Interpretation oder Präsentation der Daten. Dies gilt ebenso für alle krankenhausindividuellen Antiinfektiva-Reports (AIR). Seit Jahresbeginn liegen den Reports die neuen RDD zugrunde.

... was ist neu?

- In den neuen AIR werden aufgrund des zunehmenden Interesses zusätzlich die Verbräuche Tigecyclin und Daptomycin als Einzelsubstanzen ausgewiesen.
- Wir planen die Option, Auswertungen bis auf die Kostenstellen-Ebene zu erstellen. Auf individuelle Nachfrage können dann Hotspots in Ihrem Krankenhaus unabhängig von der Zugehörigkeit zur Fachabteilung separat betrachtet werden. Standardmäßig werden jedoch weiterhin AIR nach Fachabteilungen und Funktionsbereich der Kliniken erstellt.
- Seit Ende Juli 2018 beinhalten die neuen AIR pro ausgewerteter Fachabteilung/Abteilungsgruppe jeweils zusätzlich die Angabe der Oralisierungsquote. Mit dieser Änderung wird einem vielfach geäußerten Wunsch der Projektteilnehmer nachgekommen. Die Darstellung und Systematik der Oralisierungsquote im AIR möchten wir Ihnen kurz erläutern. Unterhalb der bereits bekannten Tabellen Ihres AIR finden Sie jetzt nachfolgende Auflistung:

Beispiel „Tabelle Oralisierungsquote“ (Daten stellen keine realen Vergleichszahlen dar)

Oralisierungquote in % (RDD)	I/2017	II/2017	III/2017	IV/2017
Antiinfektiva GESAMT	–	–	–	–
Antimykotika systemisch GESAMT	60,0	70,0	55,8	20,0
Virustatika GESAMT	–	–	–	–
Tuberkulostatika GESAMT	–	–	–	–
Antiparasitäre Med. GESAMT	–	–	–	–
Antibiotika GESAMT	40,0	35,0	40,8	41,1
Betalaktame	–	–	–	–
Breitspektrumbetalaktame	–	–	–	–
3./4. Generations-Cephalosporine	0,0	0,0	0,0	0,0
Breitspektrumpenicilline	–	–	–	–
Carbapeneme	–	–	–	–
Intermediärspektrumbetalaktame	34,4	26,8	11,3	38,3
1./2. Generations-Cephalosporine	50,7	57,4	73,0	77,3
Aminopenicilline/Betalaktamaseinhibitor	31,9	24,6	4,5	22,1
Schmalspektrumbetalaktame	45,1	40,7	47,5	48,1
Fluorchinolone	64,1	72,4	64,4	72,5
Glykopeptide	–	–	–	–
Daptomycin	–	–	–	–
Aminoglykoside	–	–	–	–
Sonstige Antibiotika	97,2	68,5	77,9	88,2
Makrolide + Clindamycin	93,2	92,8	93,4	83,1
Tetrazykline	100,0	0,0	0,0	100,0
Tigecyclin	–	–	–	–
Folatantagonisten	100,0	55,6	77,8	100,0
Cotrimoxazol	100,0	55,6	77,8	100,0
andere	95,0	82,5	62,5	40,6
Linezolid	75,0	0,0	29,4	0,0
Metronidazol	100,0	78,9	60,0	37,5

- Die hier angegebenen Oralisierungsquoten (OQ) berechnen sich wie folgt:

$$\frac{\text{Verbrauch Substanz(en) oral [RDD absolut]}}{\text{Verbrauch Substanz(en) gesamt [RDD absolut]}} \times 100$$

- Für das Projekt waren die OQ Antibiotika und Antimykotika von primärem Interesse. Die OQ der Virustatika, Tuberkulostatika und antiparasitären Mittel sind daher nicht ausgewiesen. Somit wird auch keine OQ für „Antiinfektiva gesamt“ berechnet. An diesen Stellen ist kein Zahlenwert angegeben, und es wurde eine farbliche Abgrenzung vorgenommen (hellgraue Schrift).
- „Antibiotika gesamt“ stellt die OQ aller Antibiotika dar, unabhängig davon, ob eine bestimmte Substanz oral verfügbar wäre oder nicht; gleiches gilt für „Antimykotika gesamt“.
- Bei allen Einzelsubstanzen und Substanzgruppen wird nur dann eine OQ angegeben, wenn es oral verfügbare systemische Wirkstoffe in Deutschland gibt. Für alle übrigen Substanzen/Substanzklassen ist kein Zahlenwert angegeben. Zusätzlich wurde eine farbliche Abgrenzung vorgenommen (hellgraue Schrift).
- Bei den Breitspektrumbetalaktamen (BSBL) wird die OQ derzeit nicht noch einmal zusätzlich als Wert für diese Subklasse angegeben, da in dieser Subklasse aktuell nur die 3./4. Generations-Cephalosporine auch oral verfügbar sind.

Wenn Sie zur Reporterstellung weitere Anregungen und Ideen haben, so bitten wir Sie, sich direkt mit uns in Verbindung zu setzen.

Organisatorisches

Wir bitten Sie weiterhin, uns bei der fortwährend laufenden Aktualisierung des Teilnehmerstatus zu unterstützen. Sehr hilfreich und notwendig ist in diesem Zusammenhang auch, dass Sie uns mitteilen, wenn sich der Projekt-Ansprechpartner an Ihrem Haus ändern sollte.

Die vielen durchgeführten und geplanten Neuerungen im Projekt haben nichts an der sorgfältigen Datenprüfung unsererseits und an der Qualität der Daten geändert. Priorität des ADKA-if-DGI-Projekts bleibt auch weiterhin, dass die Daten nicht kommerziell verwendet werden und dass sich aus den Auswertungen und Reports ein hoher Nutzen für die Teilnehmer und für ABS-Maßnahmen ableiten lässt.

Aktuelle Projekte und Auswertungen

- Auf dem diesjährigen KIT wurden von Herrn Prof. Kern erste Ergebnisse einer Längsschnittanalyse der Antibiotika-Verbrauchsdaten der letzten 10 Jahre präsentiert. Anhand der Daten lassen sich Trends beim Verbrauch unterschiedlicher Substanzklassen erkennen. Bezüglich des Gesamtantibiotikaverbrauchs der Kliniken ist über diesen Zeitraum keine Ab- oder Zunahme erkennbar. Eine Zusammenfassung der Präsentation finden Sie im Anhang des Newsletters.

Weitere Informationen zur Datenlieferung, zur Datenauswertung in Form des individuellen Antiinfektiva-Reports oder zu den Teilnahmebedingungen finden Sie wie gewohnt auf unserer Homepage: www.antiinfektiva-surveillance.de

Vielen Dank an dieser Stelle für Ihr Interesse am Projekt und für Ihre Mitarbeit, ohne die es nicht möglich ist, eine Übersicht in dieser Qualität zu erstellen. Für weitere Anregungen und Ideen sind wir sehr dankbar!

Ihre Ansprechpartner

ADKA Ausschuss für antiinfektive Therapie:

Dr. Matthias Fellhauer

07721-933900

matthias.fellhauer@sbk-vs.de

DGI-Sektion *Antibiotic Stewardship*

Dr. Dr. Katja de With

0351-458 2851

katja.dewith@uniklinikum-dresden.de

Infektiologie Freiburg:

Prof. Dr. Winfried V. Kern

0761-270 18190

winfried.kern@uniklinik-freiburg.de

Datenmanagement:

Michaela Steib-Bauert

0761-27018250

michaela.steib-bauert@uniklinik-freiburg.de

Dr. Gesche Först

0761-270 18250

gesche.foerst@uniklinik-freiburg.de

10 Jahre Antiinfektiva-Surveillance im Akutkrankenhaus-Bereich: Trends und Perspektiven

W.V. Kern, M. Steib-Bauert, G. Först, M. Fellhauer, K. de With

Methoden: Daten aus dem ADKA-if-DGI-System wurden für die letzten 10 Jahre analysiert. Ziel war der Vergleich der Gesamtverbrauchsdichte im Längsschnitt sowie die Beurteilung von Trends bezüglich des Verbrauchs bestimmter Antibiotikaklassen. Für die jeweilige Gesamtklinik (alle Fachabteilungen außer Psychiatrie und Pädiatrie, Intensiv- sowie Normalstationen) ermittelte Verbrauchsdaten (ausgedrückt als „RDD“ [recommended daily doses], Version 1/2018) wurden relativ zu den Pflgetagen berechnet. Aufgrund der in den letzten Jahren stark ansteigenden Teilnehmerzahlen (zuletzt [2016/17] n=162 Kliniken mit kompletten Jahresdaten) wurde zusätzlich eine Subgruppenanalyse für solche Kliniken durchgeführt, die regelmäßig in den letzten 5 Jahren jeweils komplette Jahresdaten lieferten. Die Darstellung erfolgt deskriptiv.

Ergebnisse: Die mittlere Antibiotikaverbrauchsdichte blieb in den letzten 10 Jahren weitgehend stabil (Abbildung). Der (gewichtete) Mittelwert lag 2016/17 bei 44.5 RDD/100 Pflgetage. Es kam zu einem Anstieg des Betalaktam-Anteils (von 57% zu 60%) und Rückgang des Fluorchinolone-Anteils (von 16% zu 14%) am Gesamtverbrauch. Das Verhältnis zwischen Penicillinen und Cephalosporinen stieg von 40:60 auf 55:45 an. Ähnliche Ergebnisse wurden in der Subgruppe der Kliniken gesehen, die zwischen 2012 und 2016 kontinuierlich an der *Surveillance* teilgenommen haben.

Diskussion: Zwar scheint sich der jährliche Gesamtverbrauch von Antibiotika im Krankenhausbereich in Deutschland in den letzten 10 Jahren kaum geändert zu haben. Es lässt sich jedoch ein Trend zu etwas weniger Fluorchinoloneinsatz beobachten, und Penicillinderivate werden wieder deutlich vermehrt eingesetzt. Das ADKA-if-DGI-Surveillance-Programm sollte gemeinsam mit dem so genannten AVS des RKI zu einer repräsentativen nationalen *Surveillance* weiterentwickelt werden.

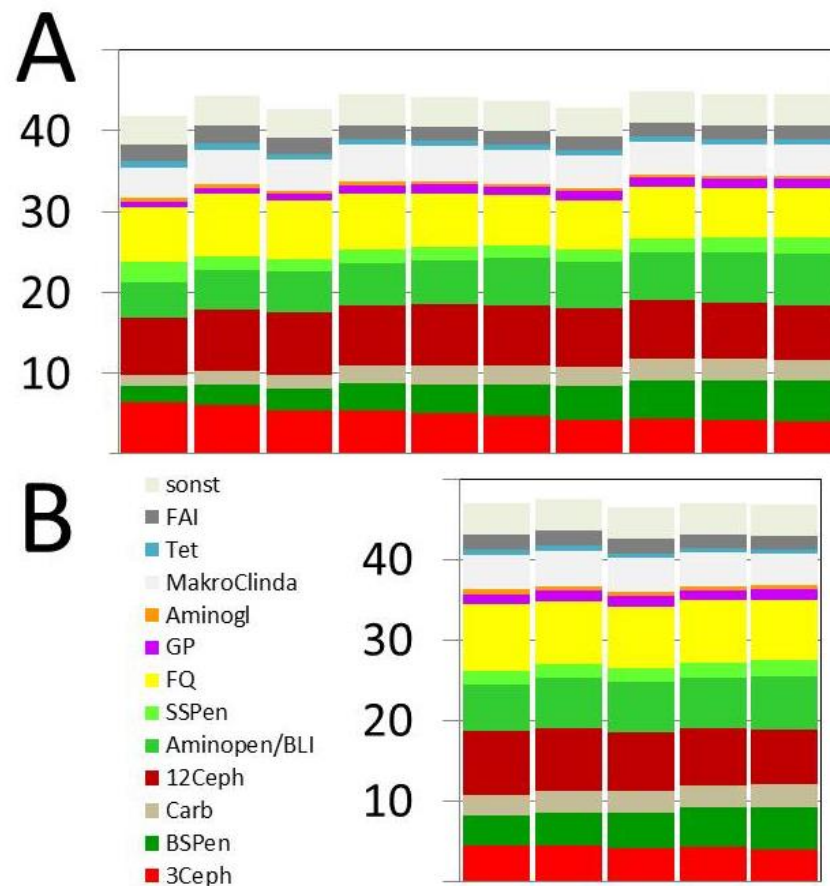


Abb.: Entwicklung des Antibiotikaverbrauchs (in RDD/100 Pflgetage) in den letzten 10 Jahren.
A, alle Akutkliniken 2007/8-2016/17 (ansteigende Teilnehmerzahlen).
B, Jahresauswertungen für 62 Kliniken mit jeweils kompletten Daten zwischen 2012 und 2016.