

NEWSLETTER

ADKA-IF-Antibiotika-Surveillance-Projekt



1/09
Februar 2009



In eigener Sache

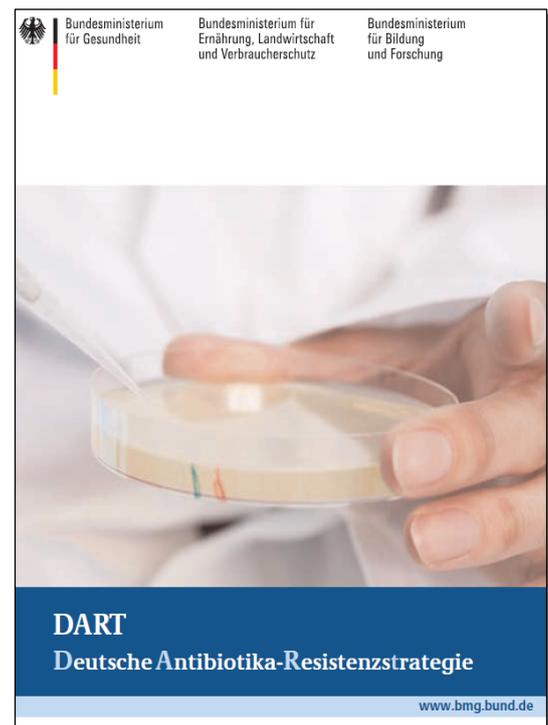
Das „AIASP“ (ein griffiges Akronym fehlt bisher noch) ist nun schon über ein Jahr alt und Vieles hat sich in dieser Zeit getan. Mehr als 50 Kliniken nehmen an dem Projekt teil, es ist damit das bisher umfangreichste Projekt zur Surveillance des stationären Antibiotikaverbrauchs in Deutschland. Viele Kolleginnen und Kollegen fragen aber zu Recht nach dem aktuellen Projektstand, nach dem Stand der Auswertungen oder einfach – wie es weiter geht. Aus diesem Grund haben wir uns entschlossen, einen projektbegleitenden Newsletter herauszugeben. Darin werden regelmäßig Informationen zum Projekt selbst und zum thematischen Umfeld gegeben. So auch z.B. zu den neuen Deutschen Antibiotika - Resistenz - Strategien (DART), in deren Rahmen das Projekt zukünftig eine wichtige Rolle spielen wird. Ein weiteres, wichtiges Anliegen des Newsletters wird sein, die Kolleginnen und Kollegen aus der Infektiologie Freiburg vorzustellen und einen Einblick in deren Arbeit zu geben. Kurz gesagt: Wir wollen alle Teilnehmer des Projekts regelmäßig auf dem Laufenden halten, zeigen, was mit den Daten passiert und Hintergrundinformationen zum Thema geben. Ein FAQ-Bereich wird Antworten auf immer wiederkehrende Fragen geben.

Der Newsletter ist eine Co-Produktion der AG Antiinfektive Therapie der ADKA und der Infektiologie Freiburg, vertreten durch Dr. Matthias Fellhauer (MaF) und Frau Dr. Dr. Katja de With (KdW). Beide fungieren auch als Ansprechpartner und freuen sich auf Ihr Feedback. Willkommen sind auch Vorschläge für zukünftige Inhalte des Newsletters. (MaF)

Weitere Kliniken, die an dem Projekt teilnehmen wollen, sind herzlich willkommen. Informationen können Sie unter apo@sbk-vs.de anfordern.

DART – Schon davon gehört ?

Am 14. Nov. 2008 hat das Bundeskabinett der Deutschen Antibiotika – Resistenz - Strategie zugestimmt. Damit sollen unter der Regie des Bundesgesundheitsministeriums Monitoring-Systeme zur Erfassung und Bewertung des Antibiotikaverbrauchs etabliert und gestärkt werden. Auf Seite 28 wird die Infektiologie



Freiburg (IF) aufgerufen, dafür eine entsprechende Empfehlung abzugeben. Unter der Schirmherrschaft von RKI und BMG ist für den Krankenhausbereich u.a. der Aufbau einer Datenbank zum langfristigen Monitoring des Antibiotikaverbrauchs geplant. Dabei sollen bestehende Strukturen wie das ADKA-IF-Projekt integriert werden. Die beteiligten Akteure sind die ADKA in Zusammenarbeit mit der Infektiologie Freiburg. Die DART findet man unter www.bmg.bund.de, nach Eingabe von DART in die Suchfunktion. Im nächsten Newsletter erfahren Sie mehr

über die von der IF an das BMG gerichtete Empfehlung zur Einbindung unseres Projekts. (KdW)

Früher MABUSE – jetzt zusammen mit der ADKA: Ein unschlagbares Team?

2002 erfolgte die Gründung des **MABUSE**-Teams (**M**edical **A**nti**B**iotic **U**se **S**urveillanc**E** and **E**valuation) unter Prof. Kern im Rahmen eines vom BMBF geförderten Projektes u.a. mit dem Ziel der kontinuierlichen Surveillance von Antiinfektiva-Verbrauchsdaten. Das Team ist zusammen geblieben: Datenmanagement durch



Frau Steib-Bauert und Ideen/Umsetzung durch Frau Dr. de With. Zusammen mit der ADKA haben wir 2007 das bekannte Projekt ins Leben gerufen. Da Ende 2008 die ersten Vereinbarungen formal ausgelaufen sind, wollen wir die Schirmherrschaft von RKI und BMG im Rahmen von **DART** nutzen und das Projekt auf Dauer etablieren. Warum wollen wir das? Wir halten eine kontinuierliche Verbrauchssurveillance im Krankenhaus zukünftig für unerlässlich – nicht nur wegen zunehmender Resistenzentwicklung oder steigender Kosten, sondern auch weil eine kontinuierliche Verbrauchssurveillance die notwendige Grundlage für „Hospital Antibiotic Stewardship“ - Programme darstellt. Darüber mehr im nächsten Newsletter. (KdW)

Verbrauchsauswertungen im Krankenhaus: Erste Ergebnisse des Projektes und weitere Planung Vergleich 2004 mit 2007

GERMAP 2008, ein Bericht über den Antibiotikaverbrauch und die Verbreitung von Antibiotikaresistenzen in der Human- und Veterinärmedizin in Deutschland (u.a. erstellt auf Initiative der Infektiologie Freiburg, IF) berichtete erstmals über Antibiotikaverbrauchsdaten in deutschen Krankenhäusern. Eine Neuauflage ist für 2009 angedacht. Hier die ersten brandaktuellen und noch nicht veröffentlichten **ADKA-IF**-Projektdateien aus 2007 im Vergleich zu **MABUSE**-Daten aus dem Jahre 2004. Es ist geplant,

ADKA-IF-Projektdateien aus 2008 in den nationalen Surveillance-Bericht **GERMAP 2009** einfließen zu lassen.

In ostdeutschen Kliniken scheint 2007 die mittlere Verbrauchsdichte mit 45 DDD/100 (2004: 48 DDD/100) weiterhin niedriger als im Süden (Bayern, Baden-Württemberg) mit 58 DDD/100 (2004: 54 DDD/100) und im Westen Deutschlands (sonstige alte Bundesländer) mit 55 DDD/100 (2004: 58 DDD/100) zu sein. Die Unterschiede sind aufgrund der geringen Fallzahlen statistisch nicht signifikant. Mehr im nächsten Newsletter oder auf unserer Homepage unter www.if-freiburg.de (klicken Sie auf [Forschung/Arbeitsgruppe de With/ stat. Antiinfektivverbrauch/ ADKA-Kooperation](#)) (KdW)

Antibiotikaverbrauchsdichten auf Normal- und Intensivstationen in DDD/100 Pflegetage (gewichtetes Mittel) sowie anteiliger Verbrauch an allen Stationen (Quelle: MABUSE, ADKA-IF-Projekt)				
n: Anzahl Stationen ohne Pädiatrie	2004		2007	
	DDD/100	Anteil	DDD/100	Anteil
Operative Normalstation	46 (n=340)	48%	48 (n=256)	40%
Nicht-operative Normalstation	48 (n=285)	42%	51 (n=205)	41%
Intensivstation	114 (n=218)	10%	120 (n=60)	11%

Probleme und Fallstricke beim Datenmanagement

In der Datenbank befinden sich aktuell die Daten von 21 Krankenhäusern mit 594 Stationen, 2.522.157 Pflegetagen und 406.726 Fallzahlen (Stand 4.2.09). Mittlerweile sind zwei weitere Krankenhäuser eingelesen und auswertbar, die Daten von zehn weiteren Häusern müssen noch eingepflegt werden. Die Daten von ca. 20 Vertragsteilnehmern stehen noch aus. Es seien hier kurz die Hauptprobleme skizziert, welche zu deutlichen Zeitverzögerungen bei der AI-Report-Erstellung geführt haben. Wir wissen um die Probleme und auch um Ihre (und unsere) knappen Zeit- und Personalressourcen, dennoch sollten wir uns nicht entmutigen lassen. Für die Projektteilnehmer ist es wichtig zu wissen, dass die Neuaufnahme eines Krankenhauses in die Datenbank wegen der Einpflege des Kostenstellenplans und des Artikelstammes anfänglich zeitaufwändig ist. Wir legen

großen Wert auf Qualität und sorgfältigen Umgang mit diesen sensiblen Daten. Ist die Anlage des Krankenhauses einmal korrekt erfolgt, ist eine anschließend zügigere Erstellung der Verbrauchsergebnisse in Form des AI-Reports möglich. Einige Teilnehmer haben bereits davon profitiert. Voraussetzung dafür und für die initiale Anlage der Häuser in der Datenbank ist allerdings eine sehr gute Datenqualität und Datenübermittlung, welche wir versucht haben, durch die Datentransfervorlagen zu gewährleisten. Zeitverzögerungen sind vor allem aufgrund vieler notwendig gewordener Fehlerbereinigungen durch uns bei der Erstanlage des Hauses entstanden. Es kam häufig zu Fehlern bei der Zuordnung der Kostenstelle zum Department (Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie, Urologie, etc.), zur Fachabteilung (Kardio, Gastro, Rheuma, etc. im Department Innere Med.) oder zur Funktion (Intensivstation, Normalstation, etc.). Manche Kostenstelle wies Verbräuche auf, war aber im Kostenstellenplan nicht verzeichnet. Häufig wurden Pflagetage einer Kostenstelle ohne Verbrauchsangaben oder Kostenstellen mit Pflagetageangaben, aber ohne Verbräuche geliefert. Beim Artikelstamm fanden sich doppelte Artikelnummern, Antiinfektiva wurden nicht aufgeführt (wenngleich verbraucht) oder es kam zu Fehlern wegen unvollständiger Angaben (fehlende Wirkstoffmenge, z.B. bei Säften). Für die alleinige Verbrauchsübermittlung reicht die Angabe der Kostenstelle mit den Artikelnummern (Mat.-Nr.) und dazu verbrauchten Stückzahlen vollkommen aus, zusätzliche Angaben müssen von uns händisch wieder entfernt werden. Bei einem Haus konnten die Daten nicht eingepflegt werden, weil sie nicht den Transfervorlagen entsprachen. Probleme bei anderen Häusern haben wir, wenn auch manchmal mühselig und zeitraubend, zielorientiert lösen können. (KdW, MSB)

Das ADKA-IF-Projekt: Wie geht es weiter?

Das ADKA-IF-Projekt ist gut angelaufen, die zu erwartenden Kinderkrankheiten wurden erkannt und die Prognose ist gut. Schon jetzt ist es das umfangreichste deutsche Projekt für die Antibiotika-Surveillance im stationären Bereich. Im Rahmen der DART wird es eine wichtige Rolle spielen und man kann davon ausgehen, dass es sich auf Dauer in diesem Rahmen etabliert. Die in der Vereinbarung enthaltene formale Begrenzung bis Ende 2008 ist insofern hinfällig und alle Projektteilnehmer erhalten demnächst ein Formular zur unbefristeten Verlängerung. Wenn Sie bisher noch keine Daten geliefert haben, sollten Sie das baldmöglichst nachholen. Sie erhalten dann Ihren spezifischen Antiinfektiva-Report (AI-Report) und die Daten werden sukzessive in die Datenbank eingepflegt. Unter www.if-freiburg.de > Forschung/Arbeitsgruppe de With/stat. Antiinfektivverbrauch/

ADKA-Kooperation können Sie den aktuellen Stand einsehen. Bei allen Fragen zum Datentransfer wenden Sie sich direkt an Frau Steib-Bauert. (MaF)

Aktualisierung der Adressdaten

Last but not least bitten wir alle Teilnehmer des Projekts, ihre Adressdaten aktuell zu halten. Das betrifft insbesondere die email-Adressen der Ansprechpartner in den Apotheken. Sie gelten auch für den Versand dieses Newsletters. Änderungen senden Sie bitte an apo@sbk-vs.de. (MaF)

Schnell zur Hand: Die Ansprechpartner bei ADKA und IF

Datenmanagement:
Michaela Steib-Bauert (MSB)
0761-2701825
michaela.steib-bauert@uniklinik-freiburg.de

ADKA AG Antiinfektive Therapie:
Dr. Matthias Fellhauer (MaF)
07721-933900
matthias.fellhauer@sbk-vs.de

Infektiologie Freiburg:
Dr. Dr. Katja de With (KdW)
0761-2701825
Katja.dewith@uniklinik-freiburg.de

Links:
Projektseite
www.if-freiburg.de/forschung/1-1/3/5.html

Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie
www.bmg.bund.de

Redaktion:

Dr. M. Fellhauer (ADKA AG Antiinfektive Therapie), Dr. Dr. K. de With (Infektiologie Freiburg)

Herausgegeben am 13.02.2009