

NEWSLETTER

ADKA-if-RKI Antibiotika-Surveillance-Projekt



5. Ausgabe
September 2012



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das ADKA-if-RKI-Antibiotika-Surveillance Projekt besteht inzwischen seit mehreren Jahren und hat in jüngerer Zeit durch die Kooperation mit dem RKI noch eine wesentliche Weiterentwicklung erfahren. Im Kontext des nun auch in Deutschland fest etablierten Antibiotic Stewardship erfüllt es vor allem die Anforderung des geänderten IfSG nach einer kontinuierlichen Surveillance des stationären Antibiotikaverbrauchs. Mehr als 100 Kliniken aller Größenklassen sind formal Teilnehmer des Projekts, und 74 davon lieferten komplette Datensätze für das Jahr 2011. Durch die Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut gelang es nun auch, die Datenauswertung und das Feedback wesentlich schneller zur Verfügung zu stellen. Einen regelrechten Boom an neuen Teilnehmern gab es nach dem Inkrafttreten des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Juni 2011.

Im Rahmen dieses Newsletters werden wir die Forderungen des IfSG kommentieren und mit einem Poster vom ADKA Kongress in Berlin nochmals aufzeigen, welche Informationen man dem Vergleichsreport entnehmen kann. Diese Auswertung ist neben dem individuellen Antiinfektiva-Report jedem Projektteilnehmer online zugänglich.

Alle relevanten Informationen zum Projekt finden Sie nun auch auf einer eigenen Webseite www.antiinfektiva-surveillance.de, die von der if Freiburg in dankenswerter und vorbildlicher Weise erstellt wurde. Weitere Teilnehmer am Projekt sind nach wie vor sehr willkommen.

*Dr. Matthias Fellhauer
Sprecher des Ausschusses Antiinfektive Therapie
der ADKA*

Das neue Infektionsschutzgesetz (IfSG): Relevante Auswirkungen auf die Arbeit der Krankenhausapotheke

Donald Ranft, Leipzig

Durch die Änderungen insbesondere des § 23 IfSG im Juni 2011 und die daraufhin bis Mai 2012 zu erlassenden Länderverordnungen sind auch den Apotheken neue Aufgaben übertragen worden:

Zunächst wird für definierte Einrichtungen (Krankenhäuser, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken und weitere) die Installation eines umfassenden Systems der Erfassung und Vermeidung nosokomialer Infektionen gefordert.

Für diese Einrichtungen hat der Leiter der Einrichtung explizit auch die klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals zu gewährleisten. Dies ist eine Konkretisierung der für (Krankenhaus-)Apotheken in den §§ 20 und 27 (2) ApBetrO ohnehin geforderten Beratungstätigkeit und stellt in diesem Zusammenhang eine Erweiterung auf zusätzliche Einrichtungen dar. Der § 23 (4) IfSG fordert zudem, das Auftreten spezieller Infektionen und multiresistenter Erreger fortlaufend aufzuzeichnen und zu bewerten, sowie daraus abgeleitete Präventionsmaßnahmen umzusetzen. Art und Umfang der Antibiotikaverbräuche sind fortlaufend zu dokumentieren, und unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation sind Schlussfolgerungen zum Antibiotikaeinsatz zu ziehen und umzusetzen.

Als Voraussetzung für eine sachgerechte Bewertung der Antibiotikaverbräuche ist eine Konsolidierung der Rohdaten vorzunehmen. Dies kann die Kumulation der Substanzverbräuche aus verschiedenen Packungsgrößen, Darreichungsformen und Arzneistoffgruppen ebenso erfordern wie auf ATC, DDD, RDD Pflgetagen und Resistenzdaten bezogene Darstellungen. Die Beteiligung an Projekten wie dem ADKA-if-Antibiotika-Surveillance Projekt bietet hier eine gute Grundlage. Klinisch-pharmazeutischer Sachverstand wird auch in der Aus- und Weiterbildung des Personals gefordert sein.

Eine enge Zusammenarbeit der verantwortlichen Krankenhaushygieniker, klinischen Mikrobiologen und klinischen Pharmazeuten im Rahmen der Hygienekommission wird auch von den Länderverordnungen gefordert. Die Arbeit der Hygienekommission ist in wichtigen Aspekten mit der Tätigkeit der Arzneimittelkommission und eines evtl. vorhandenen ABS-Teams abzustimmen.

Eine weitere Forderung des IfSG ist die Gründung einer Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART). In dieser Kommission wird der klinisch-pharmazeutische Sachverstand in Person von Dr. Wiltrud Probst vertreten sein.

Klar ist, dass nur mit dem formalen Zurverfügungstellen der Antiinfektiva mit ihren Verbrauchsdaten und dem Management möglicher logistischer Restriktionen die durch das IfSG an die Apotheker gestellten Aufgaben nicht hinreichend erfüllt sind.

Neu erschienen: GERMAP 2010

Mit dem GERMAP 2010 gibt es seit November 2011 wieder einen aktuellen Bericht über den Antibiotikaverbrauch und die Verbreitung von Antibiotikaresistenzen in Deutschland. Der Bericht wurde vom Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, der Paul-Ehrlich-Gesellschaft (PEG) und der if Freiburg herausgegeben. Mit Daten sowohl aus der Human- als auch der Veterinärmedizin ist die umfangreiche Publikation gut dazu geeignet, um sich einen Überblick über die aktuelle Resistenzsituation in Deutschland zu verschaffen. Kostenloser download über die webseite der PEG (www.p-e-g.org).

Trends im Antibiotikaverbrauch in deutschen Krankenhäusern

Katja de With, Freiburg

Anbei, wenn auch etwas verspätet, ein gemeinsamer Posterbeitrag für den ADKA Kongress in Berlin 2011. Daraus können Sie u.a. Vergleichsdaten zum Verbrauch von Breit-spektrumantibiotika auf Intensivstationen entnehmen. Es sind fortlaufende Daten vom 1. Quartal 2007 bis zum 4. Quartal 2010 dargestellt. Wie schneiden Ihre Intensivstationen im Verbrauch von

Carbapenemen, 3.Generations-Cephalosporinen und Breitspektrumpenicillinen im Vergleich zur Krankenhauskohorte des ADKA-if-RKI-Projektes ab? Bitte beachten Sie dazu auch den Beitrag „Antibiotikaverbrauch im Krankenhaus“ des Antibiotika-Resistenz und –Verbrauchsreports GERMAP 2010. Dort finden Sie auch einen Hinweis auf die anteilmäßige Verteilung verschiedener Antibiotikagruppen im Bereich der Intensivstationen. Ende 2011 waren insgesamt 54 Krankenhäuser Teilnehmer des Projektes. Mittlerweile dürfen wir stolz berichten, dass nunmehr 74 Krankenhäuser mit über 800 auswertbaren Stationen/Fachabteilungen komplette Datensätze für die Quartale I-IV 2011 geliefert haben. Zur Auswertung kommen somit in Abhängigkeit der Betten-größenklasse:

<400:	36 Krankenhäuser (KH)
400-800:	28 KH und
>800:	10 KH

Wir arbeiten nun seit einiger Zeit an der Vollauswertung für den Vergleichsreport 2011 und werden nach der Fertigstellung gerne darüber berichten. Weitere Informationen zur Datenlieferung, zur Datenauswertung in Form des individuellen Antiinfektiva-Reports oder zu den Teilnahmebedingungen finden Sie auf unserer Homepage: www.antiinfektiva-surveillance.de oder auf dem hier angehängten Poster.

Die Ansprechpartner bei ADKA und IF

Datenmanagement:

Michaela Steib-Bauert

0761-27018250

michaela.steib-bauert@uniklinik-freiburg.de

ADKA Ausschuss Antiinfektive Therapie:

Dr. Matthias Fellhauer

07721-933900

matthias.fellhauer@sbk-vs.de

Infektiologie Freiburg:

Dr. Dr. Katja de With

0761-27018250

Katja.dewith@uniklinik-freiburg.de



Antibiotika-Verbrauch im Krankenhaus: Ergebnisse des ADKA-if-RKI-Projekt



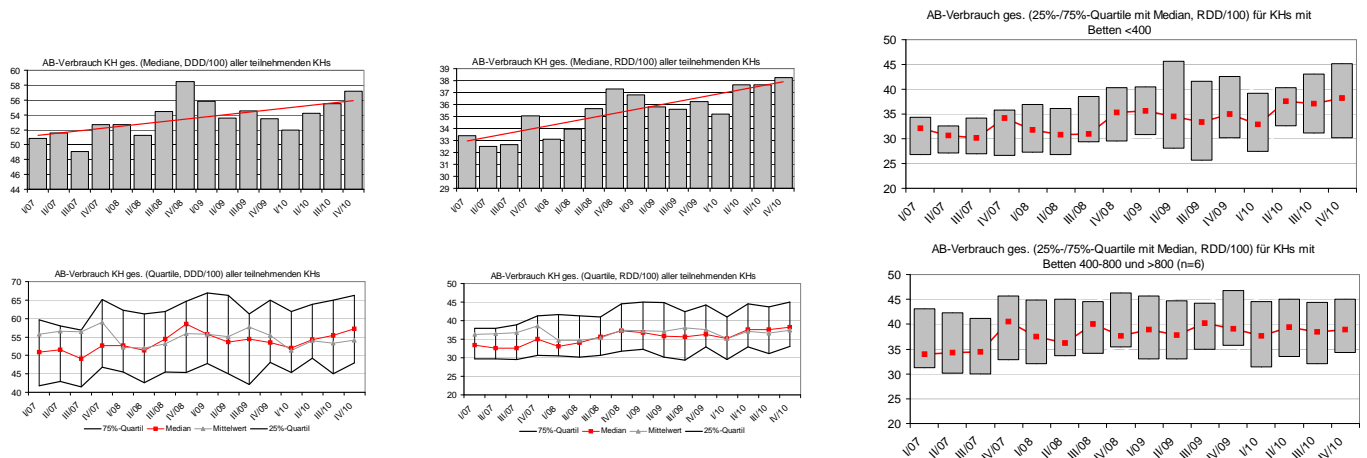
M. Steib-Bauert¹, M. Fellhauer², B. Schweickert³, M. Feig³, K. de With¹

¹Infectiologie der Medizinischen Klinik II, Universitätsklinikum Freiburg,
²Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) e.V., Germany,
³Robert-Koch-Institut, Berlin

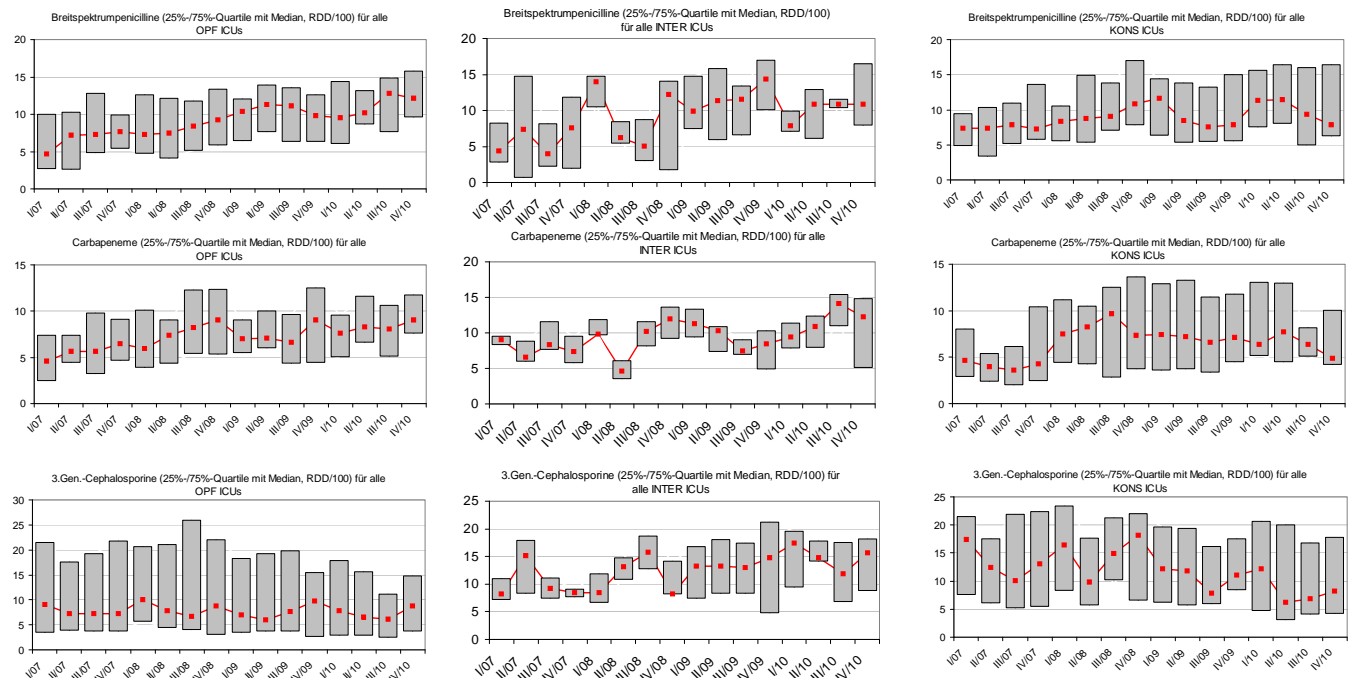
Hintergrund: Das ADKA-if-RKI-Projekt erhebt seit 2007 kontinuierlich den Antibiota-Verbrauch fachabteilungsübergreifend und stationsartbezogen an deutschen Akutkrankenhäusern. Verbrauchsentwicklungen über die Zeit seien hier dargestellt.

Methodik: Verbrauchsdaten wurden quartalsweise (I/2007 bis IV/2010) in RDD bzw. DDD/100 Pflgetage nach Bettengrößenklassen (<400, 400-800, >800) für Krankenhaus gesamt, für operative/konservative/interdisziplinäre Fachbereiche sowie für Normal (NORM)- und Intensiv (ICU)-Station über die Zeit dargestellt. Auswertungen erfolgten für Einzelsubstanzen sowie für alle Substanzklassen Betalaktame, Fluorchinolone (FQ), Aminoglykoside, Glykopeptide und Sonstige.

Ergebnisse I: Der Antibiotikagesamtverbrauch ist in den teilnehmenden Krankenhäusern von 51 DDD/100 (QI/2007) auf 57 DDD/100 (QIV/2010) bzw. von 33 RDD/100 (QI/2007) auf 38 RDD/100 (QIV/2010) über die Zeit angestiegen. Die Zunahme ist unabhängig von der Bettengrößenklasse (s. Abb.). Der Verbrauch auf den Intensivstationen (ICU) ist doppelt so hoch (QIV 2010: 104 DDD/100 bzw. 77 RDD/100) als auf den Normalstationen (NORM) (QIV 2010: 53 DDD/100 bzw. 36 RDD/100). Am häufigsten wurden Ceftriaxon u. Cefuroxim verordnet.



Ergebnisse II: Ansteigende Verbrauchsdichten auf ICU wurden für 3. Gen.- Cephalosporine (INTER ICU), Carbapeneme (OPF ICU, INTER ICU) und Breitspektrumpenicilline (OPF ICU, INTER ICU) beobachtet (s. Abb.). Auf operativen Normalstationen (incl. INTER NORM) werden v.a. Cephalosporine, auf konservativen Normalstationen auch vermehrt Aminopenicilline/BLI eingesetzt.



Ergebnisse III: Aminoglykoside und Glykopeptide werden weiterhin sehr selten eingesetzt. Makrolide machen weiterhin den größten Anteil sonstiger antibiostischer Substanzen aus. Der Fluorchinolonverbrauch ist über alle Fachabteilungen hinweg stark schwankend, auf ICUs in der Tendenz ansteigend.

Schlussfolgerung: Der Antibiotika-Gesamtverbrauch und allgemein der Breitspektrumbetalaktam-Anteil sind im Vergleich zu früheren Jahren weiter angestiegen. Um für Deutschland eine verlässlichere Aussage zum Antibiota-Einsatz in deutschen Krankenhäusern machen zu können, ist die Teilnahme einer größeren Zahl von Kliniken zwingend. Diese sollten mit allen Fachabteilungen an einer kontinuierlichen Surveillance teilnehmen.

Kontakt:
 Katja de With
 Klinische Infektiologie
 Universitätsklinikum Freiburg
 Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg
 katja.dewith@uniklinik-freiburg.de