

NEWSLETTER

ADKA-IF-DGI Antiinfektiva-Surveillance-Projekt



13. Ausgabe
Januar 2021

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zunächst einmal wünschen wir Ihnen alles Gute und viel Erfolg für 2021! Für uns alle war das letzte Jahr mehr als ungewöhnlich – oft ging es nicht um Amoxicillin-Clavulansäure oder Cefiderocol, sondern um Hydroxychloroquin und Remdesivir sowie persönliche Schutzausrüstung – und auch jetzt noch ist das Thema COVID-19 und Impfung, Pflegeheimbewohner und ECMO ganz oben auf der Tagesordnung. Vieles Andere stand still und musste warten auf bessere Zeiten.

Der jetzige Newsletter will Ihnen den derzeitigen Stand des Antiinfektiva-Surveillance-Projekts und weitere Planungen darlegen. Das Wichtigste vorweg: das Projekt ist ein Projekt von und für Klinikapotheker, Infektiologen und interessierte Ärzte – und wir sind sehr stolz darauf und versichern Ihnen, dass dies auch so bleiben soll – auch über die Emeritierung von Prof. Kern Ende 2021 hinweg! Apotheker und klinische Infektiologen stellen die optimalen Partner der Antiinfektiva-Surveillance vor Ort in den Krankenhäusern dar und sind letztendlich für die Interpretation der Verbrauchsdaten ein Muss.

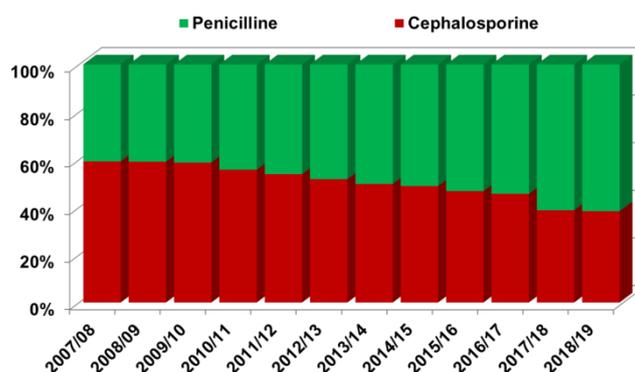
Wie bisher sind wir an Ihrem Feedback, an Ihren Ideen und Anregungen interessiert. Melden Sie sich. Es gibt immer Optionen sich weiter zu verbessern, und es kommen wieder Zeiten, dies umzusetzen – ganz sicher!

Aktueller Stand des Projekts

Im Juni 2020 wurde allen aktiven Teilnehmern der Link und das Passwort zum aktuellen Krankenhausvergleichsreport (KVR) 2018/19 zugesandt – damals waren die Daten von mehr als 300 Akutkliniken verfügbar – wir finden dies großartig und möchten die Gelegenheit nutzen, Ihnen hierfür ganz besonders zu danken!

Mit dieser erneut angestiegenen Zahl von auswertbaren Teilnehmer-Kliniken wird die Möglichkeit, sich mit anderen Krankenhäusern hinsichtlich des Antibiotikaeinsatzes zu vergleichen (*benchmarking*) weiter verbessert.

Ein wichtiges Ergebnis der Auswertungen ist sicher das sich deutlich verändernde Verhältnis zwischen Penicillinen und Cephalosporinen (bei den Teilnehmerkliniken) über die Jahre (siehe Abbildung). Dieser Trend wurde auch im Subset der Kliniken, die zwischen 2013 und 2018 kontinuierlich Daten geliefert haben bestätigt, ist also eindeutig.



Ein weiteres wichtiges Ergebnis sind die geringen Änderungen in der Gesamtverbrauchsichte über

die Jahre und der vergleichsweise hohe Anteil der Krankenhäuser in Deutschland am gesamten Antibiotikaverbrauch in der Humanmedizin (Vergleich mit anderen europäischen Staaten) soweit nach unseren Auswertungen des ADKA-IF-DGI Antiinfektiva-Surveillance-Projekts geschätzt und hochgerechnet.

Ein neuer (regulärer) KVR ist für Mai 2021 geplant. Zunächst müssen natürlich wie gewohnt Ihre Verbrauchsdaten aus 2020 (bitte bis spätestens zum 31.03.2021) bei uns eingehen. Es ist klar, dass durch die COVID-19-Pandemie der neue KVR schwer zu interpretieren sein wird – temporär erweiterte COVID-19-Bereiche in verschiedenen Disziplinen/Fachabteilungen, reduziertes Elektivgeschäft (Wahleingriffe) während Lockdown und möglicherweise wieder intensiviertere Inanspruchnahme von Krankenhäusern und medizinischen Institutionen anschließend. Wir werden sehen.

Wie bisher werden Ihnen die klinikinternen AI-Reports – nach erfolgter Prüfung der Datenqualität – innerhalb weniger Tage nach Einsendung der Daten ausgeliefert.

... anstehende Änderungen und Projekte

GERMAP: aus verschiedenen Gründen wurde die Neuauflage (geplant für 2018) leider immer noch nicht fertiggestellt, und die bereits erstellten Kapitel müssen nun nochmals aktualisiert werden. Die Projektgruppe ist zuversichtlich, GERMAP 2020 mit interessanten aktuellen Daten tatsächlich in diesem Jahr publizieren zu können. Aus dem ADKA-if-DGI-Projekt wurden hierzu die jüngsten Jahresdaten zu 304 Akutkliniken aktualisiert. Wir möchten eine der Tabellen, die dort erscheinen sollen, hier teilen:

	n	RDD/100		Anteil am Gesamtverbrauch
		Median	Interquartilbereich	
Nicht-universitäre Krankenhäuser				
Nicht-operative Abteilungen (Normalstationen)	703	36,0	29 - 43	36 %
Hämatologie-Onkologie	65	50,0	39 - 67	4 %
Operative Abteilungen (Normalstationen)	980	37,2	30 - 44	47 %
Intensivstationen	364	77,8	66 - 90	12 %
Universitätskliniken				
Nicht-operative Abteilungen (Normalstationen)	161	43,6	38 - 47	21 %
Hämatologie-Onkologie	24	91,4	75 - 101	11 %
Operative Abteilungen (Normalstationen)	255	48,3	43 - 53	48 %
Intensivstationen	115	95,8	85 - 115	20 %

Interessant dabei ist, dass der Anteil der Antibiotika in operativen Abteilungen (Normalstationen) nahezu die Hälfte des Verbrauchs in der gesamten Klinik ausmacht. Der Anteil der Intensivstationen beträgt 12% (nicht-universitäre Kliniken) bis 20% (Uni-

versitätskliniken). Für ABS-Initiativen ist dies sicher eine wichtige Hintergrundinformation.

COVID-19-Pandemie und Antibiotikaverbrauch: von verschiedenen Kolleginnen und Kollegen wurde vermutet, dass der Antibiotikaverbrauch im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie vor allem in Kliniken deutlich steigen dürfte – durch die vielen Patienten mit Pneumonien, bei denen eine bakterielle Superinfektion vielleicht nicht ausgeschlossen werden konnte. Wir haben die ersten beiden Quartale 2020 mit den beiden ersten Quartalen 2018 und 2019 (in 93 Kliniken mit vollständigen Daten zu diesen drei Zeiträumen) verglichen und keinen relevanten Anstieg der Gesamtverbrauchsdichte gesehen (Tabelle); auch bei Unterscheidung der Kliniken im PLZ-Bereich 70-99 (Süddeutschland, mehr betroffen während der ersten COVID-19-Welle) versus restliches Deutschland waren größere Änderungen nicht zu beobachten. Wir werden diese Auswertung selbstverständlich für alle Quartale 2020 im Vergleich zu 2019 und 2018 erweitern. Schicken Sie also gerne Ihre kompletten Daten für 2020 sobald wie möglich – und falls noch nicht geschehen – gerne auch die Daten der zurückliegenden Jahre dazu!

	RDD/100 (Median [(IQR)])		
	2018	2019	2020
Quartal I	43 (36-53)	40 (33-47)	41 (35-50)
Quartal II	39 (32-45)	39 (33-47)	41 (33-47)

Kooperation mit RKI: ein erstes gemeinsames Projekt für die von uns angedachte Konvergenzphase der beiden Systeme ADKA-if-DGI und AVS-RKI/Charité ist weiterhin geplant, und wir hatten bereits erneute Gespräche diesbezüglich mit der RKI-Leitung geplant – diese sind allerdings der COVID-19-Pandemie zum Opfer gefallen. Die Daten der beiden Surveillance-Projekte sind also nach wie vor nicht im Sinne eines gemeinsamen Projekts zusammengeführt. Denken Sie daran, dass wir – auch bei der angedachten Konvergenz der beiden Systeme – vermutlich noch kein tatsächlich für Deutschland repräsentatives (Klinikart, Klinikgröße, Kliniklokalisierung) Surveillance-System haben werden. Ihre Teilnahme mit der Lieferung von zuverlässigen aktuellen Daten bleibt die wichtigste Voraussetzung, um dieses Ziel zu erreichen!

... sonstige Neuigkeiten

Blick in die Nachbarländer: interessant ist noch ein Blick zu Nachbarländern bzw. skandinavischen Ländern, die seit einiger Zeit ihre Verbrauchsdaten in einem Atlas darstellen. Deutschland sieht hier

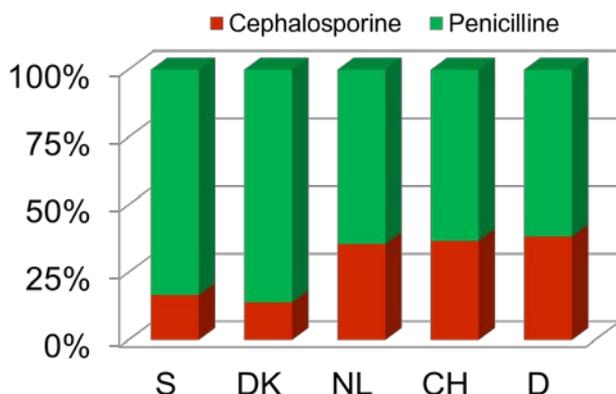
von der Verbrauchsdichte in Krankenhäusern günstig aus (Tabelle).

	DDD/ 100
Deutschland 2018/19 (n=304)	49
Schweiz 2019 (n=42)	66
Schweden 2019 (n=83)	52
Niederlande 2018 (n=61)	91
Dänemark 2019 (n=66)	107

Quellen: Swedres-SVARM2019, NethMap2020, DANMAP2019, ANRESIS-ARCH-Vet 2020, ADKA-if-RKI Surveillance

Die Bettendichte und Verweildauern sind in diesen Ländern allerdings sehr unterschiedlich (nach OECD-Statistik in D 8, in DK 3 Tage Verweildauer!), sodass der Antibiotika-Gesamtverbrauch in Deutschland doch sehr hoch ist (wie bereits oben erwähnt), auch wenn die Angaben zur Verbrauchsdichte dies nicht so zeigen.

Das Verhältnis zwischen Penicillinen und Cephalosporinen, das sich in Deutschland zugunsten der Penicilline verschoben hat (siehe oben), ist in denselben Ländern in der folgenden Abbildung dargestellt:



In deutschen Krankenhäusern ist das Verhältnis inzwischen ähnlich dem in der Schweiz und in den Niederlanden, aber noch deutlich anders als beispielsweise in Dänemark und Schweden.

Aus der Literatur/lesenswert: eine interprofessionelle Gruppe aus dem Südwesten der USA macht sich seit Jahren die Mühe, aktuelle Literatur auf Relevanz für *Antibiotic Stewardship* (überwiegend) in Krankenhäusern durchzusehen; eine neue Auswahl von Artikeln wurde hier veröffentlicht:

- Stover et al. 2020; 7:ofaa402 (<https://dx.doi.org/10.1093%2Fofid%2Fofaa402>)

Eine meist aktuelle Übersicht über neue Arbeiten zu verschiedenen Themen um Antibiotikaeinsatz und *Antibiotic Stewardship* finden Sie hier: <https://www.cidrap.umn.edu/infectious-disease-topics/antimicrobial-stewardship#bibliography&1-2>

Vielen Dank an dieser Stelle für Ihr Interesse am Projekt und für Ihre Mitarbeit. Für weitere Anregungen sind wir sehr dankbar!

Ihre Ansprechpartner

ADKA Ausschuss Antiinfektive Therapie:

Dr. Matthias Fellhauer
07721-933900
matthias.fellhauer@sbk-vs.de

Infektiologie Freiburg:

Abteilungsleitung:
Prof. Dr. Winfried V. Kern
0761-270 18190
winfried.kern@uniklinik-freiburg.de
Datenmanagement:
Michaela Steib-Bauert
0761-270 18250
michaela.steib-bauert@uniklinik-freiburg.de

DGI-Sektion Antibiotic Stewardship

Dr. Dr. Katja de With
0351-458 2851
katja.dewith@uniklinikum-dresden.de