

NEWSLETTER

ADKA-if-DGI Antiinfektiva-Surveillance-Projekt



14. Ausgabe
Juli 2022

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Aussendung des letzten Newsletters liegt schon über ein Jahr zurück. Es gibt also einiges zu berichten.

Zunächst einmal möchten wir uns bei Ihnen für die gute Zuarbeit bedanken – es ist uns vollkommen klar – auch aus eigener Erfahrung, dass in den letzten zwei Jahren unsere Arbeit nicht einfacher geworden ist, sondern sehr viel Energie gebraucht hat! Wir hoffen sehr, dass alles nun wieder etwas mehr ins „*steady state*“ gelangen kann, es wieder mehr Projektarbeit geben wird und sich darüber neue Perspektiven entwickeln.

Trotz einiger personeller Änderungen bleibt das Freiburger Team wie bisher und bis auf Weiteres das „Kern“-Team im Projekt. Winfried Kern wird im Rahmen einer Teilzeitanstellung am Universitätsklinikum Freiburg (nach seiner Emeritierung im Oktober 2021) das Projekt im Freiburger Team weiterhin betreuen. Seitens ADKA wird Herr Jürgen Baumann (Ostfildern) als neuer Vorsitzender des Ausschusses „Antiinfektive Therapie“ dazu kommen. Seitens der DGI-Sektion „*Antibiotic Stewardship*“ stehen nach den dortigen Neuwahlen Katja de With (Dresden) mit ihrer Stellvertreterin Evelyn Kramme (Lübeck) wie bisher zur Verfügung.

Aktueller Stand des Projekts

Bis heute haben >400 Krankenhäuser einen Vertrag zur Projektteilnahme unterzeichnet, von diesen

Vertragsunterzeichnern nehmen derzeit >300 Krankenhäuser am Projekt teil. Damit ist das ADKA-if-DGI-Projekt weiterhin das wohl umfangreichste Projekt zur Erhebung des stationären Antibiotikaverbrauchs in Deutschland.

Die Diskussion mit dem RKI um eine eventuelle Zusammenarbeit, wie wir sie ja schon vor Jahren konzipiert hatten, wird demnächst auch wieder aufgenommen werden. Wir sind unverändert der festen Ansicht, dass für die Interpretation der Ergebnisse und auch für die Weiterentwicklung des Projektes Apotheker und Infektiologen als Disziplin essenziell sind.

Der aktuelle Krankenhausvergleichsreport (KVR) für den Zeitraum 2020/21 ist bereits verfügbar (https://www.antiinfektiva-surveillance.de/hilfsartikel/download/?file=kvr_2020_2021_hauptteil_180622.pdf). Ein technisches Problem bei der Erstellung der Verbrauchszahlen der Fachabteilungen hat dazu geführt, dass wir einen Teil des Reportes nochmals neu auswerten mussten. Dies war notwendig um ganz sicher zu sein, dass alle auswertbaren Kliniken dort auch berücksichtigt sind. In den nächsten Tagen werden diese Ergebnisse als Anhang des neuen KVR komplett zur Verfügung stehen.

Die Erstellung kostenstellengenauer Auswertungen ist wie bisher möglich - auf Ihre individuelle Nachfrage können *Hot spots* in Ihrem Krankenhaus unabhängig der Fachabteilungszugehörigkeit sepa-

rat betrachtet werden. Standardmäßig werden jedoch weiterhin die Antiinfektiva-Reports (AIR) nach Fachabteilungen und Funktionsbereichen der Kliniken erstellt.

... was ist neu?

Wir werden in Kürze in den AIRs (und auch KVRs) Cefiderocol und Ceftazidim-Avibactam immer separaten mitauswerten. Hintergrund ist, dass der gemeinsame Bundessausschuss (G-BA) **Cefiderocol als Reserve-Antibiotikum** definiert und auf Drängen des RKI eine **Meldepflicht** angeordnet hat. Details sind noch nicht bekannt, die Daten aus unseren Berichten können Sie jedoch selbstverständlich zu gegebener Zeit verwenden - die Verbrauchsurveillance von Cefiderocol ist gemäß G-BA-Beschluss über unser Projekt gewährleistet.

Sie werden im neuesten KVR sehen, dass aktuell der Einsatz von Cefiderocol ausgesprochen selten sein dürfte: lediglich 2016 Tagesdosen wurden zuletzt pro Jahr von unseren Teilnehmern gemeldet. Falls vom G-BA weitere Substanzen als Reserve-Antibiotika mit Meldepflicht eingeordnet werden sollten, werden wir diese ebenfalls separat ausweisen.

Bezüglich der Nennung des AVS (des RKI) als das (alleinige) „System“, über das binnen sechs Monaten gemeldet werden soll, auch wenn „bisher keine Teilnahme erfolgt“, haben wir den G-BA kontaktiert und werden über den Ausgang der Diskussionen berichten.

Wir arbeiten an einer speziellen **Auswertung möglicher Effekte der Corona-Pandemie** auf den Antibiotika-Verbrauch. Mehr dazu im neuen KVR ! Nach Möglichkeit sollen die Daten später auch in einer Zeitschrift publiziert werden. Kurz zusammengefasst: größere Effekte sind über alle teilnehmenden Krankenhäuser hinweg wohl nicht zu sichern. Dies ist anders im ambulanten Setting. Hier wurde eine Reduktion des Antibiotika-verbrauchs beobachtet – nicht übermäßig, aber deutlich.

... aktuelle technische Hinweise

Seit Pandemiebeginn sind Verzögerungen bei der Lieferung der Daten für vier konsekutive Quartale

(essenziell für den KVR!) häufig. Teilweise entspricht die Datenqualität auch nicht unseren Vorgaben. Beides zusammen führt dazu, dass wir den KVR erst Mitte des Jahres fertigstellen können und die Daten nicht rechtzeitig zur ADKA-Jahrestagung verfügbar sind.

Wir bitten Sie, künftig Ihre Daten wieder so früh wie möglich quartalsweise – wie im Projekt vorgesehen – zu senden. Sinnvoll ist es auch, die Verbrauchszahlen im Sinne eines *Feedbacks* ihren Klinikern und Abteilungen häufiger als einmal pro Jahr zu präsentieren. Auch das ist nur bei umgehender Verschickung und Auswertung der Quartalsdaten möglich. Wenn Sie hier Tipps zu solchen Präsentationen wünschen: melden Sie sich!

Bitte machen Sie auch vor dem Versand eine eigene Qualitätskontrolle: achten Sie insbesondere auf die folgenden häufigen Unstimmigkeiten oder Fehler:

- sind alle Kostenstellen aus den Verbrauchsdaten auch im Kostenstellenplan verzeichnet und entsprechend zu DEPT/FAT/FUNC deklariert ?
- sind neue Kostenstellen im Kostenstellenplan farblich markiert? Sind Änderungen DEPT/FAT/FUNC im Kostenstellenplan farblich markiert?
- doppelt aufgeführte Kostenstellen im Kostenstellenplan sind unzulässig
- unter einer interdisziplinären Station verstehen wir einen Mix aus konservativ und operativ
- in den Verbrauchsdaten dürfen keine Leerzeilen sein
- in den Verbrauchsdaten dürfen keine Summenzeilen sein
- eine Artikelnummer muss eindeutig hinsichtlich Wirkstoff, Wirkstoffkonzentration und Applikationsart über den gesamten Zeitraum Ihrer Projektteilnahme sein
- führende Nullen bei den Artikelnummern müssen immer dann dabei sein, wenn einer Ihrer Artikel initial mit führender Null bei uns in der Datenbank angelegt wurde

- alte, schon verarbeitete Daten sind aus den Tabellen vor Datenversand zu entfernen; es sollen nur die Daten verschickt werden, die zur Verarbeitung oder Korrektur durch uns vorgesehen sind.

Sonstiges, allgemeine Informationen

Im Zusammenhang mit den oben angesprochenen Befunden zu **möglichen Effekten der Corona-Pandemie** auf den Antibiotikaverbrauch ist die jüngste Auswertung der ECDC von Interesse: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-consumption-europe-2020>. Zumindest für 2020 (die Daten für 2021 liegen noch nicht publikationsreif vor) ist die Tendenz in den EU-Ländern gemischt: in 17/25 Daten liefernden Ländern ging der auf die Bevölkerung bezogene Verbrauch von Antibiotika im Krankenhaus zurück; deutlicher war diese Tendenz (mit 26/27) im ambulanten Setting.

Die Australier haben eine recht interessante **Definition von „adäquater“ (dort wird der Begriff „appropriate“ verwendet) Indikation/Verordnung** publiziert, mit der wohl in Australien selbst, aber auch in einigen anderen Ländern im Zusammenhang mit Qualitätssicherung über *Audits* und Punkt-Prävalenzerhebungen gute Erfahrungen gemacht wurde (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35156035/>).

Eine relativ umfangreiche „Sammlung“ von „*inappropriate*“ Indikationen für ältere Menschen im Krankenhaus wurde zum selben Zweck kürzlich von einer französischen Arbeitsgruppe vorgelegt: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35158094/>.

Die EMA hat kürzlich nach umfangreichen Beratungen eine Liste mit antimikrobiellen Substanzen veröffentlicht, die als für die Humanmedizin „reserviert“ deklariert wurden – leider sind darunter weder Fluorchinolone und Cephalosporine der dritten/vierten Generation noch Colistin und Mupirocin. Erfreulich ist, dass die Liste zumindest Piperacillin-Tazobactam, Carbapeneme, Linezolid und Fosfomycin enthält, daneben auch Ceftazidim-Avibactam und Ceftolozan-Tazobactam sowie einige Substanzen, die zwar neu, aber in der Human-medicin bei uns gar nicht relevant sind (<https://ec.europa.eu/food/system/files/2022->

[03/ah_vet-med_imp-reg-2019-06_ema-advice_art-37-5.pdf](https://ec.europa.eu/food/system/files/2022-03/ah_vet-med_imp-reg-2019-06_ema-advice_art-37-5.pdf)).

A propos Ceftolozan-Tazobactam: die Substanz soll auch hier demnächst wieder lieferbar sein. Eine erste randomisierte (kleine) Studie gibt es nun auch für Patienten mit Fieber und Neutropenie (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35663286/>).

Hier war die Substanz einer Standardtherapie nicht unterlegen. Neue Daten wurden für die Stabilität der Substanz (relevant für verlängerte Infusionsdauer) vorgelegt (Eigenschaften ähnlich dem Ceftazidim bzw. Ceftazidim-Avibactam) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35453211/>).

In diesem Jahr wird wieder ein Treffen des ABS-Netzwerks stattfinden: Details finden Sie demnächst auf der Homepage: <https://www.antibiotic-stewardship.de/netzwerk/netzwerktreffen/>

Herzlichen Dank nochmals an dieser Stelle für Ihr Interesse und für Ihre Mitarbeit am Projekt! Für Anregungen und Ideen zum Projekt oder zu den Reports sind wir sehr dankbar!

Ihre Ansprechpartner

ADKA Ausschuss Antiinfektive Therapie:
Jürgen Baumann
j.baumann@medius-kliniken.de
Dr. Matthias Fellhauer
matthias.fellhauer@sbk-vs.de

DGI-Sektion Antibiotic Stewardship
Dr. Dr. Katja de With
katja.dewith@uniklinikum-dresden.de
Dr. Evelyn Kramme
evelyn.kramme@uksh.de

Infektiologie Freiburg:
Prof. Dr. Winfried V. Kern
winfried.kern@uniklinik-freiburg.de
Dr. Gesche Först
gesche.foerst@uniklinik-freiburg.de

Datenmanagement:
Michaela Steib-Bauert
0761-27018250
michaela.steib-bauert@uniklinik-freiburg.de