



Epidemiologisches Bulletin

1. November 2010 / Nr. 43

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Bericht über das 2. Treffen der Moderatoren der Regionalen MRE-Netzwerke am RKI

Am 6. und 7.5.2010 fand am Robert Koch-Institut (RKI) das 2. Treffen der Moderatoren der Regionalen Netzwerke zur Bekämpfung mehrfach resistenter Erreger (MRE) statt (s. a. *Epid. Bull.* 5/2005, 33/2007, 28/2008, 12/2009 und GMK-Beschluss 10.1 der 79. Konferenz). Die regelmäßigen Treffen dienen der Kommunikation regionaler und nationaler Akteure im Bemühen um eine Verminderung der Selektion und Weiterverbreitung von schwer behandelbaren bakteriellen Erregern, insbesondere von MRSA, aber auch von weiteren MRE mit Verbreitung im Gesundheitswesen wie z. B. VRE, mehrfachresistenten gramnegativen Bakterien (z. B. ESBL-bildenden Enterobakterien) oder *Clostridium difficile*.

Die Aktivitäten fügen sich in die nationale Antibiotika-Resistenzstrategie DART ein. Über das 1. Treffen am 16. und 17.10.2008 wurde im *Epidemiologischen Bulletin* 12/2009 berichtet (s. a. weitere Informationen unter www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Regionale Netzwerke).

Die Veranstaltung gliederte sich in drei Blöcke:

- ▶ Einführung und Hintergrund
- ▶ Vorstellung von Projekten
- ▶ Berichte aus den Netzwerken

Es nahmen 73 Vertreter aus allen Ländern und dem Bund teil. Die Einführung war der Information über die Einbettung der regionalen Aktivitäten in solche auf nationaler und auf europäischer Ebene gewidmet.

Professor Martin Mielke (RKI) berichtete über aktuelle Aktivitäten zum Thema nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz auf europäischer Ebene.¹ Die Grundlage hierfür bilden Beschlüsse und Empfehlungen des Europäischen Parlamentes und des Europäischen Rates.^{2,3}

Die Empfehlung des Rates zur Patientensicherheit³ äußert sich auch hinsichtlich der Durchführung von **Prävalenzerhebungen zu nosokomialen Infektionen und dem Antibiotikaeinsatz** in den Mitgliedstaaten (Nr. 8 c (i)). Die letzte entsprechende Erhebung erfolgte in Deutschland vor 15 Jahren (NIDEP-1-Studie).⁴ Hochrechnungen zur Häufigkeit von nosokomialen Infektionen werden gegenwärtig auf der Basis von KISS-Daten und Daten des Statistischen Bundesamtes in 2-jährlichem Abstand vom Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für die Surveillance Nosokomialer Infektionen gemeinsam mit dem RKI erstellt und auf den Internetseiten des RKI sowie im *Epidemiologischen Bulletin* veröffentlicht (zuletzt in Ausgabe 36/2010; s. a. www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Nosokomiale Infektionen: Definition und Berichte).

Eine vom *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) angelegte europaweite Prävalenzerhebung soll im Oktober 2011 erfolgen. Die Durchführung einer aktuellen Prävalenzerhebung zu nosokomialen Infektionen und der Antibiotikaaanwendung fügt sich in die Nationale Präventionsstrategie DART ein. Sie soll durch breite Information und Öffentlichkeitsarbeit flankiert werden.

Die Erhebung würde erheblich erleichtert, wenn für die Erfassung zentrale Informationen grundsätzlich an exponierter Stelle in den Patientenakten („Kurve“) vermerkt werden würden, da die entsprechenden Kriterien den Definitionen nosokomialer Infektionen zugrunde liegen. Hierzu gehören zum einen Diagnosen, Operationen/Eingriffe und Fremdkörper (Katheter, Tubus, etc.) sowie

Diese Woche

43/2010

MRSA

2. Treffen der Moderatoren der Regionalen MRE-Netzwerke am RKI

Aus dem Robert Koch-Institut Ausschreibung eines Nationalen Referenzzentrums für Hepatitis-B- und -D-Viren

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Aktuelle Statistik

40. Woche 2010

(Datenstand:

27. Oktober 2010)

ARE/Influenza

Zur Situation in der 42. Woche



zum anderen ebenfalls in der „Kurve“ dokumentierte Angaben zur Antibiotikatherapie, mikrobiologischen Befunden, lokalen Entzündungszeichen, Durchfall/Erbrechen und Fieber.

Dies entspricht auch der in der o.g. Ratsempfehlung³ geäußerten Erwartung an die Mitgliedstaaten: „Auf der Ebene der Einrichtungen wird eine hohe Qualität der Dokumentation von infektionsrelevanten Daten/mikrobiologischen Befunden angestrebt.“

Fiktive Präventionsziele umfassen z. B.:

- ▶ keine nosokomialen Wundinfektionen
- ▶ keine nosokomialen Harnwegsinfektionen
- ▶ keine nosokomialen Pneumonien
- ▶ keine nosokomialen Septikämien
- ▶ keine nosokomialen Ausbrüche mit *C. difficile* oder Noroviren
- ▶ keine mehrfachresistenten Erreger

Realistische Präventionsziele:

- ▶ die Senkung der lokalen (endemischen) Infektionsrate (s. a. § 23 Abs. 1 IfSG, KISS)
- ▶ die Früherkennung und Kontrolle von Ausbrüchen (s. a. § 6 Abs. 3 IfSG)
- ▶ die Vermeidung von Infektionen durch Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (z. B. als Erreger der Sepsis; s. Meldepflicht für MRSA-positive Blutkulturen sowie § 23 Abs. 1 IfSG)

Operationale Präventionsziele:

- ▶ die Rate vermeidbarer Infektionen reduzieren (Verantwortung der Leiter der Einrichtungen; Senkung der Wundinfektionsrate z. B. nach TEP-Operation oder Sternotomie),
- ▶ Infektionen beherrschbar (behandelbar) halten (z. B. Senkung des Anteils und der Zahl von MRSA-positiven Blutkulturen),
- ▶ Antibiotikaverbrauch (z. B. von Chinolonen) senken und der lokalen Resistenzsituation bzw. den Erfordernissen anpassen, d. h. de-eskalieren (z. B. Verschreibung von Chinolonen gebunden an das Vorliegen eines Antibiotogramms?),
- ▶ Durchbrechung der Antibiotika-Eskalationsspirale (Chinolone > MRSA/ *C. difficile* > Vancomycin > VRE; Cephalosporine der 3. Generation > ESBL > Carbapeneme) durch sorgfältige Antibiotika-Indikationsstellung, entsprechende Schulung und mikrobiologische Diagnostik,
- ▶ Betreuung/Behandlung von (Risiko-)Patienten mit Problemerkregern optimieren (Schaffung von Helpdesks und Fachsprechstunden),
- ▶ Integration der Ziele in die Auditierung/Überwachung von Einrichtungen (§ 36 IfSG).

Die Überleitung zu den folgenden Vorträgen erfolgte durch die Formulierung fiktiver, realistischer und schließlich operational definierter Präventionsziele.

Wichtige Voraussetzungen und Instrumente zur Etablierung sowie kontinuierlichen Umsetzung von sinnvollen und national empfohlenen Präventionsmaßnahmen und zur Erreichung der Präventionsziele sind die **Wahrnehmung der Verantwortung für die Patientensicherheit** durch die Leiter von medizinischen Einrichtungen, was z. B. deutlich wird durch:

- ▶ die Schaffung geeigneter **baulicher Voraussetzungen** (z. B. Möglichkeiten für die Isolierung von Patienten; einfacher Zugang zu Händedesinfektionsmittelspendern);
- ▶ die Schaffung geeigneter **organisatorischer Voraussetzungen** (z. B. die Sicherstellung von Informationsflüssen oder die Etablierung notwendiger Screeningmaßnahmen; Zugang zu geeigneten diagnostischen Kapazitäten);
- ▶ die Sicherstellung geeigneter **personeller Voraussetzungen** (z. B. Präsenz von Hygienefachpersonal, eines klini-

schen Mikrobiologen, qualifizierten Personals in der Pflege und in den mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betrauten Bereichen sowie auf Seiten des ärztlichen Personals);

- ▶ die Etablierung von Maßnahmen zur Förderung der Compliance mit den einmal festgelegten und als effizient erkannten Methoden (z. B. durch **Fortbildungsmaßnahmen** und Überprüfung der Umsetzung festgelegter Regime, insbesondere der Händehygiene!);
- ▶ die Schaffung bzw. Pflege von „Feedbackstrukturen“ zur **Rückkopplung** von Surveillancedaten über nosokomiale Infektionen sowie Antibiotikaresistenzdaten und Antibiotikaverbrauch an die Anwender (z. B. **Teilnahme an KISS und ARS**);
- ▶ die **Teilnahme an regionalen Netzwerken** zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Zuweisern.

Der Vortrag von PD Dr. Alexander Friedrich (Münster) hatte die um *community acquired* (ca) und *livestock associated* (la) erweiterte MRSA-Epidemiologie sowie eine im Rahmen eines ECDC-tenders „Guidance for MRSA-prevention in Europe“ durchgeführte Umfrage zu den MRSA-Präventionsstrategien in Europa zum Gegenstand.

Während einige Länder mit bisher hoher MRSA-Prävalenz in den letzten Jahren Erfolge in der Bekämpfung verzeichnen konnten (z. B. Großbritannien, Frankreich), hat sich die Situation in anderen Ländern auf einem mittleren Niveau stabilisiert. Bemerkenswert ist aber auch, dass klassische Niedrigprävalenzländer in letzter Zeit einen ansteigenden Trend verzeichnen. Wichtig ist hierbei die Erkenntnis, dass nicht nur das Wissen um die Prävalenz von MRSA, sondern die molekularepidemiologische Unterscheidung von Bedeutung ist, da offenbar in Ländern mit bisher niedriger MRSA-Prävalenz vor allem ca- und la-MRSA in ihrer Häufigkeit zunehmen. Eine Umfrage ergab, dass die Maßnahmen „konsequente Händehygiene“ und „MRSA-Screening“ Bestandteil der MRSA-Präventionsmaßnahmen in der ganz überwiegenden Zahl europäischer Länder sind. Weitere Maßnahmen sind in unterschiedlicher Konsequenz Teil des national etablierten Maßnahmenbündels.

Eine aktuelle Analyse aus einer repräsentativen Untersuchung der europäischen Staphylokokken-Referenzlabore (SeqNet.org-Initiative) zur molekularen Epidemiologie von invasiven *Staphylococcus aureus* in Europa⁵ zeigt, dass MRSA-Nachweise im Vergleich zu MSSA-Nachweisen mit einem höheren Lebensalter und höherer „over all mortality/14 d“ assoziiert sind. Die MSSA und MRSA gehören unterschiedlichen *spa*-Typen an, MRSA sind zudem auf deutlich weniger klonale Gruppen verteilt, was auf die epidemische Verbreitung von MRSA in Europa hinweist.

Einige *spa*-Typen treten in regionalen Clustern auf und scheinen Landesgrenzen nicht zu überschreiten. Dies kann auch im Rahmen des Euregio-Projektes gezeigt werden, bei dem zwar la- und ca-MRSA die Grenze überschreiten, typische Krankenhaus-MRSA aber an der Landesgrenze halt machen. Das ist ein indirekter Hinweis auf die Art der Verbreitung von MRSA. Eine einfache Erklärung hierfür ist

