

Antibiotic Stewardship

MITTWOCH · 21.03.18 · 13.15-14.45 · SAAL BERLIN 1

„Wenn dann richtig“ – Ein Projekt des MRE-Netz Rhein-Main zum verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika bei Harnwegsinfektionen

Hintergrund

Um die weitere Entwicklung von Antibiotikaresistenzen zu vermindern, müssen Antibiotika zurückhaltender und zielgerichteter eingesetzt werden. Antibiotika werden am häufigsten bei Infektionen der Atemwege und der Harnwege verschrieben. Nach dem Projekt „Weniger ist mehr – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen bei Atemwegserkrankungen“ startet das MRE-Netz Rhein-Main im Herbst 2017 das Projekt „Wenn dann richtig – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen bei Harnwegsinfektionen“.

Material und Methoden

Auf der Grundlage der neuen Interdisziplinären S3-Leitlinie Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter bakterieller ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten 2017 (AWMF-Register-Nr. 043/044) wurde ein Flyer erstellt mit leicht verständlichen Informationen.

Ergebnisse

Kernbotschaften des Flyers sind u.a.: Der Nachweis von Bakterien im Urin – ohne Beschwerden – ist normalerweise kein Grund für eine Antibiotika-Therapie. Nicht jedes Missempfinden im unteren Bauchbereich ist eine Blasenentzündung. 70% aller Patienten mit einer unkomplizierten Blasenent-

zündung sind nach einer Woche mit symptomatischer Therapie (Schmerzmittel) beschwerdefrei. Pflanzliche Medikamente und Immunprophylaktika können zur Vermeidung wiederkehrender Infekte eingesetzt werden.

Diskussion

Das Projekt wurde im Oktober 2017 im Rahmen einer Pressekonferenz öffentlichkeitswirksam gestartet. Es konnten wieder viele Partner gewonnen werden, u.a. Landesärztekammer Hessen, Landesapothekerkammer Hessen, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Hessische Krankenhausgesellschaft, Hessische Urologen Genossenschaft, Hausärzterverband Hessen e.V., Berufsverband der Frauenärzte e.V., MRE-Netzwerke Hessen. Der Flyer wird in Praxen und Kliniken verteilt. Begleitend sind Fortbildungen für Ärzte geplant. Ziel ist, den Einsatz von Antibiotika bei Harnwegsinfektionen zu vermindern und durch intensivere mikrobiologische Diagnostik bei Bedarf „passgenaue“ Antibiotika einzusetzen („Wenn, dann richtig“).

Autoren

M. Scherer¹, K. Steul¹, A. Behm², U. Heudorf¹

1 MRE-Netz Rhein-Main, Gesundheitsamt Frankfurt

2 Praxis MainUrologe, Frankfurt am Main

Reduzierung von Antibiotika-Verschreibungen durch Schnelltests und Antibiogramme

Eine erfolgreiche, resistenzgerechte Antibiotikatherapie ist nur möglich, wenn frühzeitig ein Antibiogramm erstellt wird.

Das Antibiogramm ist die einzig sichere Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Da häufig zu lange ohne Antibiogramm und damit erfolglos therapiert wird, werden aus

kleinen, beherrschbaren Infektionen oft vermeidbare Katastrophen mit vielfach tödlichem Ausgang.

Autoren

K.-D. Zastrow, D. Janssen²

2 Regiomed-Kliniken Bayern/Thüringen

Antibiotikaverbrauchsdichte und nosokomiale MRE- und *Clostridium-difficile*-Nachweise in der intensivmedizinischen neurologischen Frührehabilitation – gibt es einen Zusammenhang?

Hintergrund

Patienten in der neurologischen Frührehabilitation sind durch ihre hohe Behandlungsintensität und Vulnerabilität besonders häufig von nosokomialen Infektionen (Harnwegsinfektion, Pneumonie und Katheter-assoziierte Sepsis) betroffen, so dass antibiotische Therapien erforderlich sind.

Auf der anderen Seite ist in dieser Patientengruppe die Häufigkeit von Besiedelungen mit multiresistenten Erregern (MRE) besonders hoch. In einer Klinikgruppe mit vergleichbarem Hygienemanagement auf Intensivstationen der neurologischen Frührehabilitation fanden sich erhebliche Unterschiede bei der Inzidenzdichte nosokomialer MRE- und *Clostridium-difficile*-assoziiierter Erkrankungen (CDAD). Daher wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der Anwendungsdichte bestimmter Antibiotikaklassen und der Inzidenzdichte nosokomialer MRE- und *Clostridium difficile*-Nachweise gibt.

Material/Methode

In drei Kliniken wurden die Antibiotikaverbräuche von Intensivstationen für neurologische Frührehabilitation für das 1. Halbjahr 2017 in RDD/100 Patiententage ausgewertet und der Inzidenzdichte der nosokomialen MRE-Nachweise und CDAD gegenübergestellt.

Als Quellen für die Rohdaten wurden das Portal der Gesellschaft für Konsumforschung (Antibiotikaverbräuche absolut in RDD), das SAP des klinikinternen Controllings (Patiententage und -fälle) sowie das Hygiene Cockpit der Schön Klinik (nosokomiale MRE-Nachweise absolut) genutzt.

Auf den untersuchten Intensivstationen ist ein 100%-iges Aufnahmescreening sowie ein 7-tägiges (eine Klinik) bzw. 14-tägiges (zwei Kliniken) Verlaufsscreening auf MRSA, 3 und 4 MRGN sowie VRE etabliert. *C.-difficile*-Nachweise erfolgen aus Stuhl, der bei jedem klinischen Verdacht auf CDAD zur Untersuchung eingeschickt wird.

Bei der Berechnung der Inzidenzdichte nosokomialer 3 und 4 MRGN wurde Spezies-bezogen jeder Erstnachweis berücksichtigt, so dass pro Fall mehrere 3 und/oder 4 MRGN in der Auswertung enthalten sein können.

Die Isolations- und Basishygienemaßnahmen unterscheiden sich auf den untersuchten Intensivstationen hinsichtlich MRSA, VRE und 4 MRGN nicht, eine von drei Kliniken verfolgte im Untersuchungszeitraum ein abweichendes Regime bezüglich 3 MRGN.

Ergebnisse

In die Untersuchung eingeschlossen wurden 467 Patientenfälle mit insgesamt 13.668 Patiententagen und einer mittleren Verweildauer von 29 Tagen. Die Anwendungsdichte von Antibiotika zur systemischen Anwendung lag auf den

untersuchten Intensivstationen der drei Kliniken bei 46,5 bis 55,3 RDD/100 PT.

Die Anwendungsdichte der einzelnen Substanzklassen lag für Fluorchinolone bei 3,7 bis 16,0 RDD/100 PT, Carbapenemen bei 5,2 bis 13,4 RDD/100 PT, Cephalosporinen bei 6,1 bis 7,6 RDD/100 PT und für Vancomycin bei 1,9 bis 8,9 RDD/100 PT.

Die Inzidenzdichte der nosokomialen MRE-Erstnachweise und CDAD unterschied sich zwischen den 3 Kliniken erheblich und lag für MRSA zwischen 0,56 und 2,40, für 4 MRGN zwischen 0,00 und 2,64, für 3 MRGN zwischen 3,00 und 6,65 und für VRE zwischen 0,60 und 1,81.

Es fanden sich hohe Korrelationen zwischen der Verbrauchsdichte von Chinolonen und der Inzidenzdichte der nosokomialen MRSA-Fälle (Korrelationskoeffizient = 0,89), der Verbrauchsdichte an Vancomycin und der Inzidenzdichte nosokomialer VRE-Fälle (Korrelationskoeffizient = 0,98) sowie der Verbrauchsdichte von Carbapenemen und der Inzidenzdichte nosokomialer 4 MRGN-Erstnachweise (Korrelationskoeffizient = 1,0).

Der Gesamtverbrauch von „4C-Antibiotika“ (Clindamycin, Cephalosporine, Ciprofloxacin und Amoxicillin/Clavulansäure) korreliert mit der Inzidenzdichte nosokomialer CDAD-Fälle (Korrelationskoeffizient = 0,94).

Für den Cephalosporinverbrauch und die Inzidenzdichte nosokomialer 3 MRGN-Erstnachweise fand sich kein Zusammenhang.

Fazit

Zusätzlich zu den bekannten Risiken für einen nosokomialen MRE-Erwerb neurologischer Frührehabilitationspatienten auf Intensivstationen durch die hohe MRE-Last sowie die Behandlungsintensität und Vulnerabilität der Patienten, scheint die antibiotische Behandlung mit Chinolonen, Carbapenemen, Vancomycin und Clindamycin, Cephalosporinen, Ciprofloxacin oder Amoxicillin/Clavulansäure einen relevanten Einfluss auf die Inzidenzdichte nosokomialer MRSA, 4 MRGN, VRE und CDAD-Nachweise zu haben.

Dies könnte eine mögliche Erklärung für die – trotz vergleichbarer Hygienemaßnahmen – unterschiedlichen Inzidenzdichten nosokomialer MRE-Erstnachweise und CDAD auf den untersuchten neurologischen Intensivstationen sein.

Autoren

J. Groß¹, C. Wendt², H. Dyck³, S. Blanke³, R. Wirth³, H. Hertel³, I. Grosch³, A. Müller³

1 Schön Holding SE & Co. KG, Prien am Chiemsee

2 MVZ Labor Dr. Limbach, Heidelberg

3 AG Hygiene NEURO-FR Schön Holding SE & Co. KG, Prien am Chiemsee