

Bundesgesundheitsbl 2014 · 57:397–398
 DOI 10.1007/s00103-014-1940-5
 Online publiziert: 22. März 2014
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

T. Eckmanns

Fachgebiet Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch, Robert Koch-Institut, Berlin

Der ÖGD, die Antibiotikaresistenzen und die Krankenhaushygiene

Die aktuelle Ausgabe des Bundesgesundheitsblattes beinhaltet 4 Artikel zu Krankenhaushygiene und Antibiotikaresistenz aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Sie sind eine gute Gelegenheit, das diesbezügliche Engagement des ÖGD Revue passieren zu lassen.

Im Jahr 1994 wurde eine erste repräsentative bundesweite Studie zur Prävalenz nosokomialer Infektionen in Deutschland durchgeführt – NIDEPI Nosokomiale Infektionen in Deutschland – Erfassung und Prävention. Die Ergebnisse wurden durch eine zweite Prävalenzstudie im Jahr 2011 bestätigt. Darauf wurde im Jahr 1997 das neu ausgerichtete Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Krankenhaushygiene (heute: NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen) an das Institut für Hygiene und Umweltmedizin (damals FU Berlin) vergeben, im Rahmen dessen das Krankenhausinfektions-Surveillance-System (KISS) etabliert wurde. Mit aktuell über 1400 teilnehmenden Krankenhäusern in 10 verschiedenen Modulen gehört KISS mittlerweile zu den größten und erfolgreichsten Surveillance-Systemen von nosokomialen Infektionen der Welt.

Im Jahr 2001 trat das Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Kraft. Gemäß Paragraph 6 Absatz 3 des IfSG war (und ist) das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nichtnamentlich an das Gesundheitsamt zu melden. Auch wurde gemäß § 23 beim Robert Koch-Institut (RKI) die Kommission für

Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) im Gesetz verankert. Die Kommission erarbeitete bis heute ein umfangreiches Repertoire an Empfehlungen. Ein zweiter Absatz des § 23 legte die Aufzeichnung und Bewertung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen für Krankenhäuser fest. Diese Regulierung, der zufolge die Daten im Krankenhaus verbleiben, aber vom Gesundheitsamt jederzeit eingesehen werden können, soll die Eigenverantwortung der Krankenhäuser stärken.

Auf der 79. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Jahr 2006 wurde die Etablierung regionaler Netzwerke, die durch den ÖGD koordiniert werden, beschlossen. In einer Vielzahl regionaler Netze arbeiten heute lokal der ÖGD, Krankenhäuser, Arztpraxen, Labore und teilweise auch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen zusammen. Der nächste wichtige Schritt war die Veröffentlichung der Deutschen Antibiotikaresistenzstrategie (DART) im Jahr 2008. Um eine gezieltere Herangehensweise auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene zu unterstützen, hatte das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung 2008 DART entwickelt, an der auch die Bundesländer und weitere Akteure des Gesundheitswesens beteiligt waren.

Im Jahr 2007 wurde in Deutschland im Rahmen eines Ausbruchs in Trier

C. difficile des Typs 027 nachgewiesen. Als Reaktion darauf wurden auf Grundlage des § 6 Absatz 1 Nr. 5a IfSG schwere Infektionen mit *C. difficile* gemeldet. Weiterhin wurde im Jahr 2009 mit der Verordnung zur Anpassung der Meldepflicht gemäß § 7 IfSG an die epidemiologische Lage auch der direkte Nachweis von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) aus Blut oder Liquor Meldetatbestand. Damit liegen jetzt bevölkerungsbezogene Daten von MRSA-Bakteriämien vor.

Im Jahr 2011 folgte das als Hygiene-gesetz bezeichnete Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Gesetze. Die wesentlichen Änderungen waren, dass die nach § 6 Abs. 3 an die Gesundheitsämter gemeldeten nosokomialen Ausbrüche über die Landesstellen an das Robert Koch-Institut zu übermitteln sind, sodass eine Surveillance der nosokomialen Ausbrüche in Deutschland möglich ist und Zusammenhänge zwischen Ausbrüchen in verschiedenen Regionen hergestellt werden können, die Einrichtung der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut, die Verpflichtung von Krankenhäusern, den Antibiotikaverbrauch zu dokumentieren und zu bewerten, dass alle Bundesländer die Krankenhaushygiene per Rechtsverordnung regeln müssen, und die Einführung einer Vergütungsregelung für MRSA-Patienten im ambulanten Bereich.

Der vorerst letzte Schritt der Förderung der Krankenhaushygiene war die Etablierung eines Krankenhaushygiene-

förderprogrammes im Rahmen des Gesetzes zur Beseitigung von sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung.

Dieser kurze Überblick sollte darstellen, dass das Thema Krankenhaushygiene in den letzten Jahren an Aufmerksamkeit bzw. Bedeutung gewonnen hat. Die entsprechenden Initiativen sind sicher teilweise als Reaktion, teilweise aber auch als Motor bzw. Katalysator jener Entwicklung zu verstehen. Die vorliegenden 4 Beiträge führen das entsprechend vielfältige Tätigkeitsfeld des ÖGD in diesem Bereich aus.

Britta Schweickert et al. vom Robert Koch-Institut liefern Hintergrundinformationen zur Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance (AVS) und zu deren Rolle insbesondere im Rahmen der Umsetzung einer rationalen Antibiotikatherapie. Auch stellen sie eine Checkliste vor, die für eine Überwachung der Implementierung der AVS im Krankenhaus zweckmäßig erscheint. Weiterhin werden Vorschläge zur konkreten Vorgehensweise gemacht und Möglichkeiten und Grenzen der Tätigkeit des Gesundheitsamtes im Bereich AVS angesprochen. Der Artikel ist ein wichtiger Beitrag zur Etablierung der Surveillance und Analyse des Antibiotikaverbrauchs als dritter Säule der Surveillance im Krankenhaus neben der Surveillance nosokomialer Infektionen mit KISS sowie der Antibiotikaresistenz-Surveillance mit ARS.

Der Artikel von Ehrhard et al. von der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen stellt die Ergebnisse einer Prävalenzstudie zum Vorkommen von Carbapenemase-bildenden gramnegativen Erregern auf sächsischen Intensivstationen vor. In Sachsen war die Unsicherheit des Ausmaßes der Ausbreitung der Carbapenemase KPC-2 infolge eines Ausbruchs in Leipzig groß. Es ist erfreulich, dass entgegen Befürchtungen nur bei 2 der 1037 untersuchten Patienten *Klebsiella pneumoniae* mit der Carbapenemase KPC-2 gefunden wurde. Die Zahl bestätigt auch die sehr niedrige Rate an Carbapenem-resistenten Erregern in deutschen Surveillance-Systemen wie ARS. Weiterhin wurde bei 16% der Patienten ein ESBL-Bildner nachgewiesen. Trotz Surveillance-Systemen

und einem hervorragenden Nationalen Referenzzentrum für Gram-negative Krankenhauserreger sind solche zuzätzlichen Studien notwendig, um eine genauere Aussage zur Resistenzsituation zu bekommen.

Heudorf et al. vom Gesundheitsamt Frankfurt berichten über eine Punktprävalenzstudie, die in 8 Frankfurter Altenheimen durchgeführt wurde. Von den 880 Bewohnern litten 2,5% an einer Infektion, und 1,5% erhielten ein Antibiotikum. 184 Patienten willigten in eine Abstrichuntersuchung ein, 9,2% waren MRSA-positiv, 26,7 ESBL-positiv und 2,7% VRE-positiv. Während die niedrige Infektionsrate und Antibiotikaauswendungsrate erfreulich sind, zeigt der hohe Anteil ESBL-positiver Bewohner, der über 10 Prozentpunkte höher liegt als auf sächsischen Intensivstationen, die Zunahme der Prävalenz über die Lebenszeit.

Der Beitrag von Braubach et al. stellt die Einführung eines Qualitätssiegels in Bonner Alten- und Pflegeheimen vor. Zusätzlich wurde eine Prävalenzstudie durchgeführt, es erhielten 1,4% der Einwohner, also ein der Frankfurter Studie vergleichbarer Anteil, eine Antibiotikatherapie. Auch wenn die Alten- und Pflegeheime nicht der Hauptfokus sein sollten, haben sie als mögliches Reservoir von resistenten Erregern eine Bedeutung.

Die 4 Beiträge zeigen, wie der ÖGD, oft in Kooperation mit den Hygienikern in den Kliniken, praktische Probleme der alltäglichen Krankenhaushygiene bearbeitet. Es zeigt sich, dass sich in Deutschland die Krankenhaushygiene in den letzten 20 Jahren erheblich weiterentwickelt hat, wobei dem ÖGD nicht nur eine aktive Rolle zukommt, sondern er zunehmend auch als Partner der versorgenden Bereiche wahrgenommen wird. Die Artikel weisen aber auch darauf hin, dass gerade in einem lebendigen Fach wie der Krankenhaushygiene, in Zukunft noch Vieles weiterentwickelt werden muss. So ist es zu eingeschränkt, von der Krankenhaushygiene zu sprechen, es muss gerade bei den Gram-negativen resistenten Erregern auch der Bereich außerhalb des Krankenhauses – Lebensmittel/Reisen – als Quelle berücksichtigt werden. In Anbetracht dessen sollte dieses Editorial vor allem darauf hin-

weisen, dass durch gemeinsame Wege wie auch durch Offenheit und wissenschaftliche Neugier an den Universitäten, in den Krankenhäusern und im ÖGD auch die zukünftigen Herausforderungen gemeinert werden können.

Ihr



Dr. Tim Eckmanns

Korrespondenzadresse



Dr. T. Eckmanns
 Fachgebiet Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch, Robert Koch-Institut
 Seestr. 10, 13353 Berlin
 EckmannsT@rki.de

Interessenkonflikt. T. Eckmanns gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.