

Bericht über das achte Treffen der Moderatorinnen und Moderatoren der MRE- und Infektionspräventionsnetzwerke am RKI

Multiresistente Erreger und nosokomiale Infektionen – eine stumme Pandemie

Einleitung

Multiresistente Erreger (MRE) stellen eine hohe Belastung für das Gesundheitswesen dar. Herausforderungen, die sich aus Globalisierung, Fluchtbewegungen und Klimawandel ergeben, erschweren die Bekämpfung und ebnen darüber hinaus neuen Krankheitserregern den Weg.

Am 10. und 11.3.2025 fand das achte Treffen der Moderatorinnen und Moderatoren der MRE- und Infektionspräventionsnetzwerke am Robert Koch-Institut (RKI) in Wernigerode statt. Das RKI koordiniert und organisiert seit 2004 alle zwei bis drei Jahre diese Veranstaltung.

Das Treffen wurde von den RKI-Fachgebieten (FG) 13 und 14 der Abteilung 1 Infektionskrankheiten organisiert. Zur inhaltlichen Abstimmung wurden im Vorfeld Interessenschwerpunkte der Teilnehmenden abgefragt. Demnach sollte der Fokus auf nosokomialen Infektionen (NI), MRE sowie weiteren Erregern mit wachsender Bedeutung für das Gesundheitswesen liegen. Auch organisatorische Aspekte von MRE- und Präventionsnetzwerken sollten thematisiert werden. An der Veranstaltung nahmen über 100 Akteurinnen und Akteure aus der unmittelbaren Patientinnen- und Patientenversorgung, der Infektionsprävention und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) teil.

Treffen des Länderarbeitskreises MRE-Netzwerke

Im Vorfeld der Veranstaltung fand das Treffen des Länderarbeitskreises (LÄK) MRE-Netzwerke statt, koordiniert von Dr. Ziech (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover). Der 2017 gegründete LÄK besteht aus Ländervertreterinnen und -vertretern und RKI-Mitarbeitenden. Die Diskussionen zeigten die Komplexität der regionalen MRE-

Netzwerkarbeit, vor allem aufgrund stark unterschiedlicher Infra- und Netzwerkstrukturen (z. B. behördengebunden, universitär angebunden, vereinsbasiert oder in Gesundheitsregionen). Auch die thematische Ausrichtung variiert: Viele Netzwerke behandeln zusätzlich weitere Infektionsschutzthemen wie Krätzmilbenbefall oder Impfkationen.

Die Ausweitung auf infektionshygienisch relevante Themen wie Qualitätssiegel für Einrichtungen wird vielfach als zukunftsweisend angesehen – birgt jedoch Herausforderungen in der Abgrenzung zu gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter. Unterstützend wirken könnte eine bessere Darstellung des Ist-Zustandes, die Veröffentlichung von Best-Practice-Beispielen sowie ein intensiverer Austausch durch z. B. überregionale Fortbildungen. Die flächendeckende Implementierung der MRE-Netzwerke und ihrer Aufgaben in das Landesrecht bzw. in die Länderverordnungen wird als sinnvoll erachtet.

Tag 1

Der erste Tag begann mit einem Vortrag von Prof. Dr. Wendt (Labor Dr. Limbach und Kollegen, Heidelberg/Vorsitzende der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe [KRINKO]) zur nationalen und internationalen MRE-Epidemiologie. Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am wichtigsten eingestufteten MRE sind Methicillin-resistente *Staphylococcus (S.) aureus* (MRSA), Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) und multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN). Die Referentin teilte diese in „the good“ (MRSA), „the bad“ (VRE) und „the ugly“ (MRGN) ein, stellte sie anhand von kurzen Erregersteckbriefen vor und zeigte den Verlauf und die Veränderungen der Raten in den letzten 20 Jahren auf. Daten aus Deutschland, u. a. aus

dem nationalen Surveillancenetzwerk Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) wurden mit europäischen Daten des Europäischen Zentrums für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) verglichen,¹ dieser Vergleich ist aufgrund der Heterogenität der Gesundheitssysteme und uneinheitlicher Erregerdefinitionen oft schwierig.

Der Anteil klinischer MRSA-Isolate in Deutschland zeigte um 2005/2006 einen Gipfel und verzeichnet seitdem einen signifikanten Rückgang im ambulanten wie auch stationären Setting. Ähnliche Veränderungen zeigen sich z. B. in Österreich, Belgien und Luxemburg, während der Anteil von MRSA mit Raten von < 5 % in beispielsweise Dänemark, Norwegen und Schweden von jeher deutlich geringer war. Lediglich südeuropäische Länder, u. a. Italien, Spanien und Griechenland, weisen weiterhin hohe MRSA-Raten von > 20 % auf.¹

Die VRE-Rate mit den wichtigsten Haupterregern *Enterococcus (E.) faecium* und *E. faecalis* zeigt in Deutschland einen tendenziellen Anstieg mit mehrgipfligem Verlauf. Dieser verzeichnet zumindest seit der Coronavirus Disease 2019-(COVID-19-)Pandemie einen tendenziellen Rückgang, welcher vermutlich auf wirksame Hygienemaßnahmen zurückzuführen ist. Deutlich erkennbar ist die klonale VRE-Verbreitung vor allem in süd- und osteuropäischen Ländern sowie die globale Dissemination der krankenhaussassoziierten Klade A von *E. faecium*.¹⁻³

Wenn auch eine MRGN-Klassifizierung auf Basis ihrer phänotypischen Resistenzeigenschaften geläufig ist, handelt es sich bei MRGN um eine sehr heterogene Erregergruppe, bei der verschiedene Klassifizierungen existieren, was die Vergleichbarkeit der Daten erschwert. Die Verbreitung von Carbapenemproduzierenden *Klebsiella (K.) pneumoniae* (CPKP) wurde für Deutschland, Europa und global gezeigt.^{1,2} Beispielhaft wurde auch auf die internationale Ausbreitung eines „Hochrisikoklons“ *K. pneumoniae* Sequenztyp ST307 eingegangen.⁴⁻⁶

Die genomische Sequenzierung ermöglicht die Identifikation spezifischer Klone, insbesondere von Hochrisikoklonen und hilft, epidemiologische Muster zu erkennen. Resistenzgene erlauben Rückschlüsse auf Antibiotikawirksamkeit, während mo-

bile genetische Elemente eine Schlüsselrolle bei deren Übertragung spielen.^{7,8} Fortschritte in Datenanalyse und maschinellem Lernen unterstützen Modelle zur Vorhersage von MRE-Verbreitung. Globale Datenbanken könnten künftig wesentlich zur Prävention von MRE-Infektionen beitragen.

Dr. Kolbe-Busch (Institut für Hygiene, Krankenhaushygiene und Umweltmedizin, Universitätsklinikum Leipzig) stellte Ergebnisse einer Onlinebefragung von Krankenhäusern zur Durchführung der Surveillance von NI und MRE vor. Surveillance ist ein wirksames Instrument der Infektionsprävention und -kontrolle (IPC)⁹ und ist auch im § 23 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für NI und spezielle (multi-)resistente Erreger festgeschrieben.¹⁰ Welche NI und Erreger erfasst und zur Ableitung von IPC-Maßnahmen bewertet werden, wird vom RKI festgelegt.¹¹ Schon 1996 wurde mit der Einführung des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) eine standardisierte Erfassung und Interpretation von Daten zu Infektionen, auftretenden Erregern und auch zu IPC-Prozessen (z. B. Händehygiene compliance) innerhalb der freiwillig teilnehmenden Einrichtungen mit der Fokussierung auf besonders infektionsgefährdete Bereiche möglich.¹² Die eingepflegten Daten dienen als Referenz zur (einrichtungsinternen, regionalen und internationalen) Vergleichbarkeit infektionsepidemiologischer Entwicklungen.

Die Studie „SURVSUIT“ (*Suitable Surveillance*) befragte im Jahr 2023 Kliniken in Sachsen und Schleswig-Holstein zu den Voraussetzungen für die gesetzlich vorgeschriebene NI- und MRE-Erfassung, um Optimierungspotenziale zu identifizieren.

47 Krankenhäuser nahmen an der Onlinebefragung teil (ca. 28 % Teilnahmequote). Neben Strukturdaten (z. B. Einrichtungsgröße, personelle Aufstellung mit Hygienefachpersonal) wurden Auskünfte zur NI-Surveillance und von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen erbeten. Hierbei wurden jeweils Fragen z. B. zur Erfassungsmethodik und -frequenz, dem Zeitaufwand, zur Datenaufbereitung und -analyse, zum Umgang mit auffälligen Daten sowie zu abgeleiteten Maßnahmen gestellt.

Es wurde gezeigt, dass Surveillance immer mit einem hohen personellen und zeitlichen Aufwand verbunden ist, u. a. wegen meist unzureichender Automatisierung und Digitalisierung. Für das Surveillanceziel, die Infektionsraten zu senken, zeigte sich, dass zwar nicht in jeder Einrichtung typische nosokomiale Indikatorinfektionen laut KISS (z. B. Harnwegs-, postoperative Wund-, Atemwegsinfektionen¹³) in der Surveillance Berücksichtigung finden, jedoch aus den Daten in den meisten Fällen spezifische Interventionen abgeleitet werden. Für das Surveillanceziel, die MRE-Verbreitung zu verhindern, wurden über 50 % der Cluster erkannt, jedoch nur selten Maßnahmen daraus abgeleitet.

Es wird deutlich, dass gesetzliche Vorgaben zur Surveillance mit den aktuellen (labor-)technischen und klinischen Standards zur Erfassung (z. B. genomische Surveillance zur Clustererkennung) nicht mehr im Einklang stehen. Hier könnte eine Nachjustierung erfolgen, damit § 23 Abs. 4 IfSG wirklich die volle Infektionsschutzfunktion für eine bestmögliche Patientinnen- und Patientensicherheit entfalten kann. Die Studie verdeutlicht, dass Surveillance ein komplexer, dynamischer Prozess mit kontinuierlichem Feedback, Evaluation und adaptiver Planung ist.

In einem Beitrag zu MRE-Kolonisation präsentierte Prof. Dr. Geffers (Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin) Konzepte zur Dekolonisation. Es wurden zunächst Unterschiede in der MRE-Kolonisationsdauer aufgezeigt: Während MRSA eine Halbwertszeit von ca. 88 Wochen bei kolonisierten Patientinnen und Patienten aufweist, beträgt diese bei VRE-Infizierten „nur“ ca. 26 Wochen. Ähnliche Halbwertszeiten wie bei VRE zeigen MRGN-Infizierte, z. B. bei einer Kolonisation mit Enterobakterien, welche Beta-Laktamasen mit erweitertem Spektrum aufweisen (*extended spectrum-beta-lactamase*, ESBL) oder Carba-penemase-produzierend (CPE) sind. Die Kolonisationsdauer wurde anhand aktueller, globaler und systemischer Reviews gezeigt, die sich überwiegend auf Daten hospitalisierter Patientinnen und Patienten stützen. Bei Reiserückkehrenden, insbesondere mit EBSL-Kolonisation, scheint eine deutlich schnellere Halbwertszeit erreicht zu werden, meist nach ca. 1–3 Monaten. Ungeachtet der jeweiligen Koloni-

sationsdauer einzelner MRE-Infektionen ist das Risiko einer Ko-Kolonisation verschiedener MRE, wie z. B. VRE und MRSA, nicht zu unterschätzen (je nach Literatur ca. 5–20 %^{14–19}).

MRE-Infizierte leiden unter erhöhter Morbidität und Mortalität. Insbesondere für Krankenhäuser sind hohe MRE-Infektionsraten mit gesteigertem Personal- und Materialaufwand und somit höheren Kosten verbunden. Es liegt nahe, geeignete Dekolonisationsstrategien zu erforschen und abzuleiten.

Für MRSA sind verschiedene Ansätze in Abhängigkeit von der Lokalisation der Besiedlung vorhanden. Bei ausschließlich nasaler MRSA-Kolonisation erweisen sich topische Dekolonisationsmaßnahmen als effektiv, wohingegen extranasal auch systemische MRSA-Dekolonisationsansätze wirksam sein können; hier ist die Aussagekraft der sehr heterogenen Studien allerdings limitiert.¹⁷ Um postoperative Komplikationen zu reduzieren, werden Dekolonisationsmaßnahmen vor kardiologischen und orthopädischen Eingriffen empfohlen.^{18,19}

Vorgestellt wurden außerdem verschiedene Dekolonisationsoptionen für VRE- und MRGN-Infektionen, wie die selektive Darmdekontamination²⁰ oder die Stuhltransplantation.²¹ Aufgrund der aktuellen divergenten Studienlage und unter Berücksichtigung der vergleichsweise kürzeren Halbwertszeit können bei VRE- und MRGN-Infektion keine konkreten Dekolonisationsstrategien abgeleitet werden, in der Praxis wird daher derzeit eher auf die natürliche Dekolonisation, also aktives Abwarten gesetzt.

Wie sich Reisen, Krisen und Fluchtbewegungen auf die MRE-Problematik auswirken, stellte Prof. Dr. Lübbert (Infektiologie und Tropenmedizin, Universitätsklinikum Leipzig und Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig) dar. Eine intestinale Besiedelung mit ESBL-produzierenden Enterobakterien kann besonders häufig bei Reiserückkehrenden aus Südostasien und Indien nachgewiesen werden.^{22–24} MRE-Kontaminationen werden in diesen Regionen durch teilweise erhebliche regulative Lücken in der Pharmaindustrie und damit zusammenhängenden Umweltbelastungen begünstigt (mangelhafte Abwasserentsorgung etc.).²⁵ Zusätzlich steigt die MRE-Transmissionswahrscheinlichkeit durch oftmals

ungünstige allgemeinhygienische Bedingungen. Verschärft wird die Resistenzentwicklung durch häufig fehlende Verschreibungspflichten für Antibiotika. Besiedlungen bei Reiserückkehrenden führen jedoch verhältnismäßig selten zu einer klinischen Manifestation und meist wird eine spontane Dekolonisation innerhalb eines Monats beobachtet,²⁶ so dass bei dieser Personengruppe das Risiko der MRE-Einschleppung als kontrollierbar einzuschätzen ist.

Im Gegensatz dazu spielen Hospitalisierungen im Ausland für den MRE-Import nach Deutschland eine größere Rolle. Die Kolonisationsrate mit MRE nach Krankenhausaufenthalten in Asien und in Subsahara-Afrika lag zwischen 2010–2019 bei 61%–100%.²⁷

CPE führen dabei häufig zu Ausbrüchen. Exemplarisch wurde ein CPKP-Ausbruch an einer Universitätsklinik vorgestellt, der auf einen Transfer einer im Ausland erkrankten Person zurückzuführen war.²⁸ Bei hospitalisierten Personen kommt es oft zu über mehrere Monate persistierenden MRE-Kolonisationen. Nach großen langen Ausbruchsgeschehen bleibt meist eine Restumweltbelastung übrig, die sich beispielsweise in Abwässern von Krankenhäusern niederschlägt.²⁹

Globale Krisen verstärken Migration und damit die MRE-Verbreitung. Neben MRGN³⁰ treten in Deutschland vermehrt *multi drug resistant*-(MDR-)Tuberkulosestämmen auf. 2023 hatten 76,8 % der Tuberkuloseinfizierten einen Migrationshintergrund.³¹ Ein niederschwelliger Zugang zum Gesundheitswesen ist für geflüchtete Personen bzw. Personen mit Migrationsstatus Voraussetzung für die Früherkennung und somit Eindämmung der Ausbreitung.

Seit dem Krieg in der Ukraine kommen verstärkt Kriegsverletzte nach Deutschland – ihre Versorgung bei MRE-Infektionen ist eine komplexe medizinische und infektionshygienische Herausforderung.³² Aufgrund seltener Berichterstattung wird die Gesundheitsgefährdung durch Krisen, Kriege und Fluchtbewegungen von der Bevölkerung jedoch kaum wahrgenommen – Prof. Dr. Lübbert sprach in diesem Zusammenhang von einer „stummen Pan-

demie“ im globalen Kampf gegen antimikrobielle Resistenz.

Infektionspräventive Ansätze zur Eindämmung der MRE-Ausbreitung können nicht losgelöst von sozialpolitischen und sozioökologischen Entscheidungen betrachtet und umgesetzt werden. Global ist das nur durch das Zusammenspiel von sogenannten „*Good Governance*“-Strategien effektiv und nachhaltig möglich, hierzu gehören beispielsweise Armutsbekämpfung und vorausschauende gesundheitspolitische Entscheidungen.

Ein Update zu Carbapenem-resistenten *Enterobacteriales* und deren Hypervirulenz wurde von Prof. Dr. Hamprecht (Universitätsinstitut für Medizinische Mikrobiologie und Virologie, Universitätsmedizin Oldenburg) gegeben. Bei den MRGN *K. pneumoniae* können klassische (*classic*; cKP) und hypervirulente (hvKP) Stämme unterschieden werden. Erste Fälle der hvKP traten in den 1980er-Jahren in Ostasien auf. Nachdem anfangs von einem regional begrenzten Auftreten ausgegangen wurde, kam es zu einer schnellen weltweiten Verbreitung von hvKP, wobei aber zunächst nur wenige Resistenzen auftraten. Selbst bei immungesunden Personen können sich hvKP-Infektionen systemisch ausbreiten und u. a. Leberabszesse und Meningitiden verursachen.^{33,34}

Durch das Vorliegen verschiedener Virulenzgene prägen hvKP besondere Eigenschaften aus (z. B. Siderophore zur Eisenanreicherung, Kapseltypen),³⁵ was prognostische Hinweise im Rahmen der Labor Diagnostik liefern kann. HvKP bilden exzessiv Kapselmateriale, wodurch in der Anzucht ein mukoider Phänotyp auffällt, der zu einem positiv verlaufenden String-Test führt, d. h. dass sich die schleimigen Kolonien in stabile visköse Fäden ziehen lassen (> 5 mm Länge).

Die vorhandene Konvergenz aus Hypervirulenz und Multiresistenz ist besorgniserregend und funktioniert plasmidgesteuert in zwei Richtungen: Zum einen können hvKP Resistenzgene erwerben, zum anderen können multiresistente KP-Stämme Virulenzgene über teilweise gleiche Plasmide aufnehmen. Von besonderer Besorgnis sind insbesondere Carbapenemase-produzierende hvKP, die z. B. Enzyme wie die *K. pneumoniae*-Carbapenemase (KPC), Neu-

Delhi Metallo-Beta-Laktamase (NDM) oder Oxacillinase Typ 48-ähnliche (OXA-48-like) produzieren. Infektionen mit diesen Stämmen gehen mit limitierten Therapiemöglichkeiten und gesteigerter Mortalität einher.

Aufgrund der zunehmenden globalen Ausbreitung von hvKP empfiehlt die WHO ihren Mitgliedsstaaten, Laborkapazitäten für eine differenziertere hvKP-Diagnostik auszubauen.³⁶ Die frühzeitige Surveillance auch von nicht resistenten Spezies erscheint sinnvoll, um das Bedrohungspotenzial dieses Erregers besser erkennen und prospektiv Maßnahmen ableiten zu können, die eine Ausbreitung weiterer (Multi-)Resistenz- und Hypervirulenzmechanismen verhindern.

Dr. Haak (Landesamt für Gesundheit und Soziales, Greifswald) berichtete über einen endoskopassoziierten CPKP-Krankenhausausbuch KP (Typ OXA-181) (2022–2023, >400 Betten).³⁷ 32 Patientinnen und Patienten waren betroffen, 13 erlitten schwere Infektionen (Sepsis, Pneumonie, Harnwegs- und Wundinfektionen), sechs verstarben, in mindestens drei Fällen ursächlich durch den Ausbruchserreger. Alle Betroffenen hatten zuvor eine Endoskopie erhalten. Proben von Gastro- und Koloskopen zeigten starke Kontamination mit mehreren Erregern, der Ausbruchserreger wurde in einem Koloskop nachgewiesen. Der Aufarbeitungsprozess zeigte jedoch keine Abweichungen, als Ursache wurde der Verschleiß der teils über zehn Jahre alten Geräte vermutet. Zwei ausgemusterte Gastroskope zeigten Ablagerungen und Mikroläsionen in den Kanälen, zudem wurde Restflüssigkeit nach sechsmonatiger Lagerung festgestellt.

Der Gerätepark wurde komplett erneuert, dennoch wurde der Erreger erneut in einem Gastroskop gefunden, weshalb der Aufbereitungsprozess wieder überprüft wurde. Besonders problematisch sind die sehr kleinen Lumina (1 mm) in den Luft-Wasser-Kanälen, die nur durchspülbar, aber nicht bürstbar sind und eine Biofilmbildung begünstigen. Elektronenmikroskopisch konnte ein Biofilmwachstum nach 30 Tagen klinischer Nutzung nachgewiesen werden.³⁸ CPKP-assoziierte Biofilme zeigen eine hohe Resistenz gegen Desinfektionsmittel; nur erhöhte Konzentrationen von Peressigsäure (PAA)

sind in der Literatur als ausreichend wirksam beschrieben.³⁹ Im vorliegenden Ausbruchsgeschehen konnte erst eine doppelte PAA-Konzentration den Biofilm wirksam inaktivieren.³⁷

Zur Prävention sollte die Biofilmbildung in den Gerätekanälen verhindert werden. Dazu sollte eine zügige und adäquate Vorreinigung und bei bekannter Besiedlung die Anwendung der doppelten PAA-Konzentration im Reinigungs-Desinfektions-Gerät-Endoskop erfolgen sowie geeignete Trocknungsverfahren angewendet werden.⁴⁰ Darüber hinaus sind regelmäßige Endoskop-Beprobungen zur Überprüfung der Aufbereitungsqualität und regelmäßige Begehungen der Endoskopie-Einheiten empfohlen. Der vorgestellte Fall zeigt die komplexen Herausforderungen bei der Endoskop-Aufbereitung. Ob regelmäßige Zustandsprüfungen der Kanäle wirksam sind, ist noch unklar und bedarf weiterer Forschung.^{37,40}

Das Vortragsprogramm endete durch eine gemeinsame Posterbegehung, moderiert von Prof. Dr. Martin Mielke (ehemals Abteilungsleiter 1 Infektionskrankheiten, RKI). Hier wurden Beiträge zu neuen Surveillancesystemen, One-Health-Ansätzen, technischen Entwicklungen zur genomischen Erregersurveillance sowie nosokomialen Ausbruchsgeschehen präsentiert und diskutiert.

Tag 2

Den Auftakt am zweiten Tag des Treffens machte PD Dr. Wiese-Posselt (Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin) mit ihrem Vortrag über *Candidozyma (C.) auris* (ehemals *Candida auris*). Zunächst stellte sie relevante epidemiologische Hintergründe des „Emerging Pathogens“ dar. 2009 wurde *C. auris* erstmals in Japan bei einer Patientin mit Otitis externa beschrieben.⁴¹ Retrospektive Analysen konnten *C. auris* bereits aus Isolaten aus dem Jahr 1996 identifizieren.⁴² Inzwischen hat sich *C. auris* weltweit verbreitet und ist in einigen Ländern bereits endemisch, z. B. in Spanien. In Deutschland kommt es derzeit zu sporadischen Ausbrüchen mit keiner oder nur geringer Weiterverbreitung innerhalb der Gesundheitseinrichtungen. Daten aus dem Nationalen Referenzzentrum für invasive Pilzinfektionen (NRZMyk) in Jena zeigen einen sechsfachen An-

stieg der Fallzahlen im Jahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr.⁴³ Eigenschaften, die *C. auris* zu einem „Emerging Pathogen“ von großer Bedeutung machen, beruhen u. a. auf einer effizienten Transmission, hoher Umweltstabilität, erschwerter Diagnostik, Unempfindlichkeit gegenüber Desinfektionsmitteln auf Basis von quartären Ammoniumverbindungen (QAV) und auf Resistenzen gegenüber Antimykotika, insbesondere Fluconazol. *C. auris* ist in der Lage, über lange Zeit auf belebten und unbelebten Oberflächen zu persistieren und über direkte oder indirekte Kontakte übertragen zu werden, wodurch größere Ausbrüche in Gesundheitseinrichtungen verursacht werden können. Bei Patientinnen und Patienten mit Risikofaktoren, wie z. B. Immunsuppression oder vorhandenen medizinischen Devices,⁴⁴ können schwere invasive Candidämien auftreten, die mit einer erhöhten Letalität einhergehen.

Zudem wurden zwei Fälle einer *C. auris*-Infektionen vorgestellt, die im Jahr 2022 primär wegen einer schweren COVID-19-Erkrankung auf einer Intensivstation in der Charité behandelt wurden.⁴⁵ Bei der Indexpatientin wurde an Tag 11 des stationären Aufenthalts *C. auris* nachgewiesen, worauf eine umgehende Isolierung und ein Aufnahmestopp weiterer Patientinnen und Patienten in räumlicher Nähe erfolgte. Der Kontaktpatient erlitt ca. einen Monat nach Erstaufnahme der Indexpatientin eine Sepsis mit Nachweis von *C. auris* in Blutkultur und Trachealsekret.

Als IPC-Maßnahmen wurden einerseits beiden Personen individuell Medizinprodukte zugewiesen (z. B. Medizingeräte wie Röntgen, EKG, Ultraschall). Andererseits wurden Aufbereitungsprozesse (z. B. der Bronchoskope) im Hinblick auf eine eingeschränkte Wirksamkeit von QAV überprüft, laufende Desinfektionsprozesse u. a. auf PAA umgestellt und Schlussdesinfektionen wiederholt. Die Transmission erfolgte vermutlich über das Videolaryngoskop, welches für die Intubation beider Personen verwendet und zwischendurch mit Einmaldesinfektionstüchern manuell aufbereitet wurde. Als Konsequenz aus der potenziellen Transmission via Laryngoskop wurde eine maschinelle Aufbereitung der wiederverwendbaren Spatel in der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte empfohlen. Außerdem wurden diagnostische Prozesse optimiert (z. B. Er-

stellung eines Workflows für die Anforderung von *C. auris*-Diagnostik im mikrobiologischen Labor) und regelmäßige Screenings durchgeführt, wobei in der Kontaktnachverfolgung und im Patientenumfeld der Erreger nicht mehr nachgewiesen werden konnte. In enger Zusammenarbeit mit dem NRZMyk und dem NRZ für Surveillance von NI wurden daraufhin infektionspräventive Expertenempfehlungen zum Umgang mit *C. auris* im Krankenhaus erstellt, mit besonderem Fokus auf Entisolierung und Langzeitsurveillance.⁴⁶

Prof. Dr. von Baum (Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinikum Ulm) hielt ein Vortrag zur Arbeitsweise der KRINKO. Die Kommission wurde im Oktober letzten Jahres neu berufen und sieht sich mit verschiedenen bekannten und neuen Herausforderungen konfrontiert.

Der Vortrag stellte den aufwändigen Erarbeitungsprozess der Empfehlungen dar, der neben zahlreichen Beratungen in den jeweiligen Arbeitsgruppen und in der gesamten Kommission in der Regel auch ein öffentliches Stellungnahmeverfahren beinhaltet, in dem Bundesländer und Fachgesellschaften die Textentwürfe kommentieren können.⁴⁷ Hinzu kommt, dass die IfSG-Änderung 2022 und die damit verbundene Namensänderung der KRINKO (ehemals Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) zu einer Erweiterung der Aufgabenfelder führt. Einerseits soll die Kommission gemäß § 23 IfSG Abs. 1¹⁰ nunmehr nicht nur Empfehlungen zur Prävention von NI sondern auch von weiteren Infektionen erstellen. Auch müssen gemäß § 35 IfSG¹⁰ nun Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe die Empfehlungen im Rahmen der Durchführung medizinischer oder pflegerischer Maßnahmen berücksichtigen. Da für diese Einrichtungen kaum wissenschaftliche Daten in Bezug auf Infektionsprävention vorliegen, ist es allerdings schwer, evidenzbasierte Empfehlungen abzuleiten. Es gilt hier eine maßvolle Balance zwischen geeigneten IPC-Maßnahmen und Erhalt der Lebensqualität zu finden.

Die KRINKO zeichnet sich durch ihre interdisziplinäre Arbeitsweise aus; die Expertinnen und Experten haben verschiedene fachliche Hintergründe (z. B. Innere Medizin, Krankenhaushygiene und

Umweltmedizin, ÖGD). Die Mitglieder werden in der Regel alle drei Jahre vom Bundesministerium für Gesundheit berufen und arbeiten ausschließlich ehrenamtlich. In jeder Berufsperiode gibt sich die Kommission einen Arbeitsplan und berücksichtigt dabei in ihren Schwerpunkten aktuelle epidemiologische Erfordernisse.⁴⁸ Darüber hinaus ist es erforderlich, bereits existierende Empfehlungen auf Aktualität und Evidenz zu überprüfen und ggf. neu zu bewerten. Die Kommission besteht in der Regel aus bis zu 20 Mitgliedern, viele von ihnen arbeiten parallel in mehreren Arbeitsgruppen. Die Inkongruenz zwischen personellen Ressourcen und Arbeitsaufkommen führt dazu, dass von der ersten Textskizze bis zur Veröffentlichung einer Empfehlung im Bundesgesundheitsblatt teilweise mehrere Jahre liegen können. 2023 wurde die erste KRINKO-Empfehlung in modularer Struktur veröffentlicht,^{49,50} welche es zukünftig erlaubt, Anpassungen unkomplizierter und schneller umzusetzen.

Herausfordernd ist zudem die Heterogenität medizinischer Einrichtungen, welche gemäß § 23 Abs. 3 Satz 1 IfSG¹⁰ die KRINKO-Empfehlungen berücksichtigen sollen (z. B. Arztpraxen vs. maximalversorgende Universitätskliniken). Die Empfehlungen müssen so formuliert werden, dass sie vor Ort unter der Wahrung der Verhältnismäßigkeit zwischen bestmöglichem Infektionsschutz und Gewährleistung der Patientinnen- und Patientenversorgung umsetzungsfähig sind. Hinzu kommt, dass immer komplexere Fachinhalte kommuniziert werden, obwohl in der Praxis vielfach Sprachbarrieren und Fachkräftemangel eine Rolle spielen und vermehrt zu berücksichtigen sind.

Um eine bessere internationale Sichtbarkeit zu erreichen, werden die Empfehlungen zunehmend ins Englische übersetzt (z. B. ^{51,52}). Außerdem greift die KRINKO neue Impulse auf und bezieht beispielsweise verstärkt Nachhaltigkeitsgedanken unter Aufrechterhaltung optimaler infektionshygienischer Standards für Patientinnen und Patienten und Personal mit in ihre Texte ein.⁵³

Das Programm beinhaltete an diesem Tag außerdem drei Workshop-Angebote.

Der erste Workshop befasste sich mit organisatorischen und strukturellen Faktoren für die Netzwerkarbeit sowie deren Evaluationsansätzen und wurde von Prof. Dr. Starke (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf), Dr. Jäger (Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit Brandenburg) sowie Dr. Ziech als Koordinator des LÄK gestaltet.

Die vorgestellten Beispiele veranschaulichten die heterogenen Strukturen einzelner Netzwerke und dass bei der Optimierung von Organisationsbedingungen keine „*One size fits all*“-Lösung zu finden ist. U. a. wurde eine Motivationsammlung angestoßen, aber auch diskutiert, wie die Länder die regionalen Netzwerke besser unterstützen können. Die Netzwerkarbeit konnte während der COVID-19-Pandemie vielerorts nur eingeschränkt stattfinden. Viele Netzwerke sehen einen Bedarf für eine Erweiterung klassischer MRE-Arbeitsschwerpunkte, z. B. um weitere IPC-Themen wie verbessertes Überleitungsmanagement zwischen Rettungsdienst und Pflegeeinrichtungen. Dies macht zusätzliche Ressourcen nötig (personelle/finanzielle Ausstattung, Fortbildungsbedarfe, Ausbau von Kommunikationskanälen, neue Projektmanagement-Tools etc.).

Es wird deutlich, dass der Austausch zwischen den MRE-Netzwerken, aber auch mit anderen Netzwerken (z. B. die sich vorrangig anderen Facetten der Resistenzproblematik widmen^{54,55}) auf- bzw. ausgebaut werden muss, um stärker von Synergieeffekten zu profitieren und zukunftsfähiger aufgestellt zu sein.

Im zweiten Workshop stellten die beiden RKI-Mitarbeiterinnen der ÖGD-Kontaktstelle des FG 32, Frau Brüll und Frau Grajcar, die Nutzung der digitalen Austausch- und Kollaborationsplattform [Agora](#) für MRE- und Infektionspräventionsnetzwerke vor. Hier wurden Möglichkeiten der Kollaboration über [Agora](#) erörtert.

Einen Einblick in die Materie der Panton-Valentine-Leukozidin-(PVL-)positiven *S. aureus* ermöglichte der Workshop von Dr. Layer-Nicolaou (FG 13, RKI) und Prof. Dr. Leistner (Medizinische Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Rheumatologie Charité – Universitätsmedizin Berlin), in wel-

chem Herausforderungen für Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte und den ÖGD erörtert wurden. Das am häufigsten mit PVL-positiven *S. aureus* assoziierte Krankheitsbild ist rezidivierende Abszesse bei gesunden jungen Menschen. Vorgestellt wurden die Epidemiologie dieser Erreger sowie klinische Fallbeispiele und Konzepte zur Therapie und Prävention. Ergänzend teilten Frau Helbig (Gesundheitsamt [GA] Leipzig) und Dr. Schultz (GA Görlitz) ihre Daten und Erfahrungen zum Umgang mit der Meldepflicht für PVL-positiven MRSA in Sachsen. Hervorzuheben waren hier vor allem die ansteigenden Meldezahlen und der hohe Aufwand in der Ermittlung und Beratung der entsprechenden Fälle. Die rege Beteiligung an dem Workshop zeigte, dass es in Deutschland immer noch einen großen Bedarf gibt, über die Krankheitsbilder, Diagnostik und Therapie von PVL-positiven *S. aureus* aufzuklären. Die Patientinnen- und Patientenversorgung im ambulanten Bereich gestaltet sich dabei oft komplex und herausfordernd.

Fazit

Insgesamt wurde nach der zweitägigen Veranstaltung deutlich, welchen wichtigen Beitrag MRE- und Infektionspräventionsnetzwerke zur Gesundheitsversorgung leisten. Die MRE-Netzwerkarbeit in Deutschland muss zunehmend einen Balanceakt vollführen: Altbewährte MRE-Expertisen müssen erhalten bzw. ausgebaut und neue Themen vorausschauend und bedarfsorientiert aufgegriffen werden, ohne Gefahr zu laufen, dass eine Verwässerung der Aufgaben und unklare Zuständigkeiten die erfolgreiche Netzwerkarbeit behindern. Es braucht Kümmerer für die Netzwerkarbeit. Das öffentliche Interesse an der Netzwerkarbeit ist vorhanden, es sollte aber weiter insbesondere auf die Herausforderungen der Netzwerkarbeit sensibilisiert werden, denn Netzwerkarbeit stärkt auch die *Pandemic Preparedness*. Dafür muss auch die Gesundheitspolitik anstelle einer reaktiven eine vorausschauende Basis stellen. Das nächste Treffen findet voraussichtlich 2027 statt.

Literatur

- 1 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2023) Surveillance Atlas of Infectious Diseases. <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>. Zugegriffen: 19.08.2025
- 2 One Health Trust (Resistance Map Antibiotic Resistance. <https://resistancemap.onehealthtrust.org/AntibioticResistance.php>. Zugegriffen: 19.08.2025
- 3 van Hal SJ, Willems RJL, Gouliouris T et al (2021) The global dissemination of hospital clones of *Enterococcus faecium*. *Genome Med* 13(1):52
- 4 Peirano G, Chen L, Kreiswirth BN, Pitout JDD (2020) Emerging Antimicrobial-Resistant High-Risk *Klebsiella pneumoniae* Clones ST307 and ST147. *Antimicrob Agents Chemother* 64(10)
- 5 Maugeri G, Calvo M, Bongiorno D et al (2025) Sequencing Analysis of Invasive Carbapenem-Resistant *Klebsiella pneumoniae* Isolates Secondary to Gastrointestinal Colonization. *Microorganisms* 13(1)
- 6 Loconsole D, Accogli M, De Robertis AL et al (2020) Emerging high-risk ST101 and ST307 carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* clones from bloodstream infections in Southern Italy. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 19(1):24
- 7 Cai M, Song K, Wang R, Wang S, Chen H, Wang H (2024) Tracking intra-species and inter-genus transmission of KPC through global plasmids mining. *Cell Rep* 43(6):114351
- 8 Pfennigwerth N, Cremanns M, Eisfeld J, Hans J, Anders A, Gatermann S (2025) Bericht des Nationalen Referenzzentrums für gramnegative Kranken-

- hauserreger – Zeitraum 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023. *Epid Bull* 2025;2:3–11
- 9 Haley RW, Quade D, Freeman HE, Bennett JV (1980) The SENIC Project. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project). Summary of study design. *Am J Epidemiol* 111(5):472–485
- 10 Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 8v des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist.
- 11 Bekanntmachung des Robert Koch-Institutes (2013) Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen. Fortschreibung der Liste der gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b in Verbindung mit § 23 Abs. 4 IfSG zu erfassenden nosokomialen Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 56(4):580–583
- 12 Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (2024) Informationen zum KISS. <https://www.nrz-hygiene.de/kiss>. Zugegriffen: 19.08.2025
- 13 Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (2017) Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen). https://www.nrz-hygiene.de/files/KISS-Definitionen/KISS_Definitionen_E-Book_Neuaufgabe_06_2017.pdf. Zugegriffen: 19.08.2025
- 14 Hayakawa K, Marchaim D, Bathina P et al (2013) Independent risk factors for the co-colonization of vancomycin-resistant *Enterococcus faecalis* and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in the region most endemic for vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus* isolation. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 32(6):815–820
- 15 Reyes K, Malik R, Moore C et al (2010) Evaluation of risk factors for coinfection or cocolonization with vancomycin-resistant enterococcus and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Clin Microbiol* 48(2):628–630
- 16 Wang Z, Cao B, Liu YM, Gu L, Wang C (2009) Investigation of the prevalence of patients co-colonized or infected with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and vancomycin-resistant enterococci in China: a hospital-based study. *Chin Med J (Engl)* 122(11):1283–1288
- 17 Westgeest AC, Hanssen JL, de Boer MGJ, Schippers EF, Lambregts MMC (2025) Eradication of community-onset Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriage: a narrative review. *Clin Microbiol Infect* 31(2):173–181
- 18 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) (2014) Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 57(6):695–732
- 19 Righi E, Mutters NT, Guirao X et al (2024) European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases/European Committee on infection control clinical guidelines on pre-operative decolonization and targeted prophylaxis in patients colonized by multidrug-resistant Gram-positive bacteria before surgery. *Clin Microbiol Infect* 30(12):1537–1550
- 20 Lübbert C, Faucheux S, Becker-Rux D et al (2013) Rapid emergence of secondary resistance to gentamicin and colistin following selective digestive decontamination in patients with KPC-2-producing *Klebsiella pneumoniae*: a single-centre experience. *Int J Antimicrob Agents* 42(6):565–570
- 21 Macareño-Castro J, Solano-Salazar A, Dong LT, Mohiuddin M, Espinoza JL (2022) Fecal microbiota transplantation for Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae: A systematic review. *J Infect* 84(6):749–759
- 22 Arcilla MS, van Hattem JM, Haverkate MR et al (2017) Import and spread of extended-spectrum β -lactamase-producing Enterobacteriaceae by international travellers (COMBAT study): a prospective, multicentre cohort study. *Lancet Infect Dis* 17(1):78–85
- 23 Wendt S, Böhm P, Daniel J, Lippmann N, Lübbert C (2020) How are travellers colonized with antimicrobial-resistant bacteria? *J Travel Med* 27(1)
- 24 Lübbert C, Straube L, Stein C et al (2015) Colonization with extended-spectrum beta-lactamase-producing and carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in international travelers returning to Germany. *Int J Med Microbiol* 305(1):148–156
- 25 Lübbert C, Baars C, Dayakar A et al (2017) Environmental pollution with antimicrobial agents from bulk drug manufacturing industries in Hyderabad, South India, is associated with dissemination of extended-spectrum beta-lactamase and carbapene-

- mase-producing pathogens. *Infection* 45(4):479–491
- 26 Walter J, Lübbert C (2020) Rückkehr aus den Tropen und Subtropen: Risiko der Kolonisation mit ESBL-Bildnern. *Krankenhausthygiene und Infektionsprävention* 15(1):63–74
- 27 Kajova M, Khawaja T, Kangas J, Mäkinen H, Kantele A (2021) Import of multidrug-resistant bacteria from abroad through interhospital transfers, Finland, 2010–2019. *Euro Surveill* 26(39)
- 28 Lübbert C, Lippmann N, Busch T et al (2014) Long-term carriage of *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase-2-producing K pneumoniae after a large single-center outbreak in Germany. *Am J Infect Control* 42(4):376–380
- 29 Hoffmann M, Fischer MA, Neumann B et al (2023) Carbapenemase-producing Gram-negative bacteria in hospital wastewater, wastewater treatment plants and surface waters in a metropolitan area in Germany, 2020. *Sci Total Environ* 890:164179
- 30 Hermsen ED, Amos J, Townsend A, Becker T, Hargreaves S (2025) Antimicrobial resistance among refugees and asylum seekers: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 25(1):e34–e43
- 31 Altmann D, Bös L, Brodhun B et al (2025) Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2023.
- 32 Dietze N, Trawinski H, Schönherr SG et al (2022) Infektionsmedizinische und chirurgische Herausforderungen durch Carbapenem-resistente bakterielle Erreger bei der Versorgung Kriegsverletzter aus der Ukraine. *Epid Bull* 2022;36:3-10
- 33 Shon AS, S. BRP, and Russo TA (2013) Hypervirulent (hypermucoviscous) *Klebsiella pneumoniae*. *Virulence* 4(2):107–118
- 34 Chan T, Lauscher J, Chan A, Law C, Karanickolas P (2018) Hypermucoviscous *Klebsiella pneumoniae* liver abscess requiring liver resection. *BMJ Case Rep* 2018
- 35 Russo TA, Marr CM (2019) Hypervirulent *Klebsiella pneumoniae*. *Clin Microbiol Rev* 32(3)
- 36 WHO (2024) Disease Outbreak News; Antimicrobial Resistance, Hypervirulent *Klebsiella pneumoniae* - Global situation. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON527>. Zugegriffen: 19.08.2025
- 37 Haak J, Klempien I, Hans JB et al (2025) Endoscope-associated outbreak of OXA-181-carbapenemase-producing *Klebsiella pneumoniae* and its implications for hygiene management. *J Hosp Infect* 158:19–28
- 38 Primo MGB, Tipple AFV, Costa DM et al (2022) Biofilm accumulation in new flexible gastroscopie channels in clinical use. *Infect Control Hosp Epidemiol* 43(2):174–180
- 39 Brunke MS, Konrat K, Schaudinn C et al (2022) Tolerance of biofilm of a carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* involved in a duodenoscopy-associated outbreak to the disinfectant used in reprocessing. *Antimicrob Resist Infect Control* 11(1):81
- 40 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) (2024) Anlage 8: Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung thermolabiler Endoskope. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 67(12):1410–1468
- 41 Satoh K, Makimura K, Hasumi Y, Nishiyama Y, Uchida K, Yamaguchi H (2009) *Candida auris* sp. nov., a novel ascomycetous yeast isolated from the external ear canal of an inpatient in a Japanese hospital. *Microbiol Immunol* 53(1):41–44
- 42 Byun SA, Kwon YJ, Lee GY et al (2023) Virulence Traits and Azole Resistance in Korean *Candida auris* Isolates. *J Fungi (Basel)* 9(10)
- 43 Aldejohann AM, Hecht J, Martin R, Walther G, Kurzai O (2024) Zunahme von *Candida auris* in Deutschland im Jahr 2023. *Epid Bull* 2024;18:3-7
- 44 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2024) *Candida auris*. <https://www.cdc.gov/candida-auris/about/index.html>. Zugegriffen: 19.08.2025
- 45 Hinrichs C, Wiese-Posselt M, Graf B et al (2022) Successful control of *Candida auris* transmission in a German COVID-19 intensive care unit. *Mycoses* 65(6):643–649
- 46 Aldejohann AM, Wiese-Posselt M, Gastmeier P, Kurzai O (2022) Expert recommendations for prevention and management of *Candida auris* transmission. *Mycoses* 65(6):590–598
- 47 Simon A, Christiansen B (2012) Zur Fortentwicklung der Arbeiten bei den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55(11):1427–1431

- 48 Geschäftsordnung der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (2014) <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Krankenhaushygiene/KRINKO/Geschaeftsordnung/geschaeftsordnung-node.html>. Zugegriffen: 19.08.2025
- 49 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) (2023) Erläuterungen zur neuen modularen Struktur der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 66(11):1278–1278
- 50 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) (2023) Integration von SARS-CoV-2 als Erreger von Infektionen in der endemischen Situation in die Empfehlungen der KRINKO „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 66(11):1279–1301
- 51 Commission for Hospital Hygiene and Infection Prevention (KRINKO) (2024) Hygiene requirements for cleaning and disinfection of surfaces: recommendation of the Commission for Hospital Hygiene and Infection Prevention (KRINKO) at the Robert Koch Institute. GMS Hyg Infect Control 19:Doc13
- 52 Commission for Hospital Hygiene and Infection Prevention (KRINKO) (2024) Commentary by the Commission for Hospital Hygiene and Infection Prevention (KRINKO) on the indication-based use of disposable medical gloves in the healthcare sector. GMS Hyg Infect Control 19:Doc55
- 53 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) (2024) Kommentar der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zum indikationsgerechten Einsatz medizinischer Einmalhandschuhe im Gesundheitswesen. [Epid Bull 2024;10:3-15](#)
- 54 Scherer C, Düsing C, Cimiano P et al (2025) Modellprojekt zur Antibiotikaresistenz-Surveillance in Ostwestfalen-Lippe. [Epid Bull 2025;8:10-22](#)
- 55 Hildebrandt A, Lanckohr C, Brinkmann F, Tillmann R, Bornemann R (2023) Netzwerkgründung Antibiotic Stewardship in Westfalen-Lippe. [Epid Bull 2023;10:3-10](#)

Autorinnen

^{a)} Dr. Franziska Lexow | ^{a)} Dr. Jana Maidhof |

^{b)} Dr. Franziska Layer-Nicolaou

^{a)} Robert Koch-Institut, Abt. 1 Infektionskrankheiten, Fachgebiet 14 Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene

^{b)} Robert Koch-Institut, Abt. 1 Infektionskrankheiten, Fachgebiet 13 Nosokomiale Infektionserreger und Antibiotikaresistenzen

Korrespondenz: SekretariatFG14@rki.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Vorgeschlagene Zitierweise

Lexow F, Maidhof J, Layer-Nicolaou F: Bericht über das achte Treffen der Moderatorinnen und Moderatoren der MRE- und Infektionspräventionsnetzwerke am RKI

Epid Bull 2025;40:4-14 | 10.25646/13398

Danksagung

Die Autorinnen bedanken sich bei Dr. Ziech und Dr. Rocker (NLGA) für die Zuarbeit zur Passage des LÄK-Treffens und bei Frau Brüll und Frau Grajcar für die Zusammenfassung der Inhalte des Agora-Workshops. Besonderer Dank geht an Prof. Dr. Arvand (RKI) und Prof. Dr. Werner (FG 13, RKI) für die Veranstaltungsorganisation. Auch danken wir Prof. Dr. Mielke für sein anhaltendes Engagement und seine Impulse bei der Mitgestaltung der MRE- und Infektionspräventions-Netzwerktreffen. Großer Dank geht außerdem an Frau Trieb (FG 14) und Herrn Eichler (FG 13) für ihre Unterstützung bei der Vor- und Nachbereitung des Treffens sowie an alle anderen Beteiligten für die gelungene Tagung.

Open access



[Creative Commons Namensnennung 4.0 International](#)