

Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene  
Universitätsmedizin Rostock

## Newsletter Frühjahr 2014

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Newsletter stellen wir in aller Kürze den **Surveillancebericht für das Jahr 2013** vor.

Bewertet wurde, wie in den Vorjahren, das mikrobiologische Untersuchungsverhalten getrennt nach Materialarten, die Blutkulturdiagnostik, die Diagnostik zu Implantat-assoziierten Infektionen, die Häufigkeit einzelner Erregerarten in den Materialien mit besonderer Analyse der multiresistenten Erreger, sowie die Analyse der Resistenzentwicklung für die 20 infektiologisch wichtigsten Erregerarten, und die Anwendungsdichte von Antibiotika, Virustatika und Antimykotika, jeweils im Verlauf der letzten vier Jahre. Wie üblich schließt der Bericht mit einer farbigen Tabelle mit Hinweisen für eine kalkulierte Antibiotikatherapie auf der spezifischen Basis der UMR Daten.

Die Landeshygieneverordnung verlangt, dass wir Ihnen die Daten ausführlich zur Kenntnis bringen. Deswegen nutzen Sie bitte den Bericht in seinem ganzen Umfang – ganzjährig einzusehen auf der IMIKRO Homepage in der Rubrik „Klin.-Mikrobiol. Hinweise / Daten“.

Zur Unterstützung Ihrer Interpretation des Berichts informierten wir die Hygiene-beauftragten Ärzte der UMR Anfang Mai in einer eigenen Veranstaltung. Zudem stehen wir selbstverständlich auch für telefonische und persönliche Fragen zur Verfügung.

Das **Essentielle des Berichts** in aller Kürze:

Die Materialeinsendungen an das IMIKRO stiegen auch 2013 wieder um ca. 14%. Bei den nach Patiententagen normierten Vergleichen mit den Untersuchungsaktivitäten der umliegenden Kliniken liegt die UMR in der Spitzengruppe, allerdings nicht für alle Materialien. Gerade bei Blutkulturen gibt es einen Nachholbedarf – eine Sepsis kann nur DRG-relevant kodiert werden, wenn ein Erreger aus mindestens zwei unabhängigen Blutkulturen nachgewiesen wurde, auch wenn der Erreger als typisches Pathogen anzusehen ist! Dagegen werden Atemwegsmaterialien auch nach Abzug der MRSA-Screeningmaterialien in der UMR ggf. zu häufig untersucht. Hier besteht möglicherweise Einsparpotential – für das wir mit Einrichtungs-spezifischen Analysen zur Verfügung stehen können.

Die am häufigsten nachgewiesenen Erreger haben sich in den letzten Jahren insgesamt nicht verändert. Die Spitzenpositionen nehmen *E. coli* und *S. aureus* ein, beide mit aktuell rückläufiger Tendenz. Die Aufsteiger allgemein und besonders in den Blutkulturen sind Klebsiellen. Dies ist mit einer gewissen Sorge zu betrachten, weil gleichzeitig innerhalb dieser Gattung auch ein stark überproportionaler Anstieg von multiresistenten Isolaten zu verzeichnen ist. Auf einem vergleichbaren Weg nach oben (d.h. auch in den Blutkulturen) sind *Enterococcus faecium* Isolate, glücklicherweise bisher weiterhin *nicht* in der hygienisch bedenklichen Vancomycin-resistenten (VRE) Variante.

Bei den Antibiotikaanwendungsdichten (AD) fällt positiv auf, dass die AD für Chinolone als maßgeblicher Treiber von Resistenzentwicklungen seit 2010 um mehr als ein Viertel sank.

Dagegen stieg im selben Zeitraum die AD für Aminopenicilline plus  $\beta$ -Laktamaseinhibitor um 25%, für Zweitgenerationscephalosporine sogar um 50%. Bei stetig steigenden Erregernachweisraten mag dies gerechtfertigt sein und ist auf jeden Fall die ökonomischere und bzgl. der Resistenzentwicklung vernünftiger Variante. Interessant ist auch die Reduktion der AD für Virostatika und Antimykotika um mehr als 70 bzw. 40% innerhalb eines Jahres. Offenbar wurden hier Therapieindikationen gründlich revidiert.

Eine Konsequenz für die Therapie sollte aus der Synopse der Resistenzentwicklungen und Antibiotikaanwendungen auf jeden Fall gezogen werden: die weiter sinkende Empfindlichkeit von *E. coli*-, *Klebsiella*- und *Proteus*-Stämmen gegenüber Chinolonen lässt diese Antibiotikaklasse als therapeutische Alternative - auch nach einer Resistenztestung - weiter in den Hintergrund treten !

Unter der fortlaufenden Rubrik **Neuerungen und Neuigkeiten** präsentieren wir dieses Mal:

Test	Termin	Hinweis
Enteritis, virale RT-PCR	Mai/Juni 2014	Ablösen der bisher durchgeführten Antigennachweise für Adeno-, Astro-, Noro- und Rotavirus
<b>Fortbildung</b>		
MIF: Mukoviszidose-Diagnostik	19. Mai 2014	PD Hogarth, Uniklinik Frankfurt
MIF: HEV als endemische Zoonose	16. Juni 2014 – wg. Erkrankung leider zu einem späteren Zeitpunkt	Prof. Stark, RKI Berlin
MIF: Pseudoausbrüche	15. Sept. 2014	PD Schulze-Röbbcke, Uniklinik Düsseldorf
MIF: Melioidose	15. Dez. 2014	Prof. Steinmetz, Uniklinik Greifswald
DGHM-Kurs-„Strukturierte hygienische Begehungen“ (Modul 2 d. curriculären Fortbildung zum Krankenhaushygieniker)	23.-26.Juni 2014 (ausgebucht)	in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum des Saarlandes, Anmeldung: Sekretariat IMIKRO; johanna.wagner@med.uni-rostock.de
Grundkurs Hygienebeauftragte Ärzte	29. Sept. - 2. Okt. 2014 (freie Plätze vorhanden)	Anmeldung: Sekretariat IMIKRO; johanna.wagner@med.uni-rostock.de
<b>QM-Aktivität</b>		
Einsenderhinweise Homepage IMIKRO	laufende Aktualisierung	Schwerpunkte: Überarbeitung der Hinweise zu serologischen Tests sowie zu Virusnachweisen

\*MIF – Mikrobiologisch-infektiologische Fortbildung, in der Regel am 4. Montag im Monat

Bis zum nächsten Newsletter verbleibe ich mit den besten Grüßen

Ihr Prof. Dr. Dr. Andreas Podbielski