

Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene  
Universitätsklinikum Rostock

## IMIKRO Newsletter Herbst 2011

Rostock, 09. Sept. 2011

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem zweiten IMIKRO Newsletter kommen wir der im §23 Infektionsschutzgesetz vorgegebenen Pflicht zur Surveillance nunmehr in vollem Umfang nach.

**Surveillance** entsprechend dieses Gesetzes heißt nicht nur die Erhebung und Auswertung von epidemiologischen Daten, sondern auch die Übermittlung der Auswertung an diejenigen, von denen die Daten ursprünglich erhoben wurden – zur Überprüfung und ggf. Umstellung bisheriger Handlungsweisen auf der Basis unserer Auswertung.

Dies wurde nun möglich, nachdem das statistische Auswertungsprogramm HyBase® stabil läuft, und drei Mitarbeiterinnen unseres Instituts viel Arbeit in die dann noch nötigen „zu Fuß“ Berechnungen gesteckt haben. Schließlich mussten wir gemeinsam noch eine Form des Surveillance-Berichtes finden und kräftig daran herumfeilen. Nun ist eine gute Basis für die Zukunft gelegt und die nächsten Surveillance – Berichte werden uns schneller regelmäßig einmal im Jahr von der Hand gehen. Umgekehrt sind wir gespannt, wie Sie damit arbeiten können. Deswegen – geben Sie uns bitte eine Rückmeldung. Wir greifen Ihre Änderungshinweise nach Möglichkeit gerne auf!

Sie finden den Surveillance-Bericht auf der IMIKRO Homepage ([www.imikro.uni-rostock.de](http://www.imikro.uni-rostock.de)) unter der Rubrik „Klinisch-mikrobiologische Hinweise / Daten“. In ihm sind die Daten zu Einsendungen, Erregern und Antibiotikaresistenzen für das Jahr 2010 zusammen gefasst und mit denen der Jahre 2008 und 2009 verglichen – erst durch den zeitlichen Längsschnitt werden lokale Entwicklungen sichtbar. Soweit sinnvoll und möglich wird natürlich auch auf deutsche Referenzwerte Bezug genommen.

Im **Surveillance-Bericht** finden Sie die Daten zu Ihren Einsendungen, aufgeteilt nach Materialarten. Wie stellt sich das Mengengerüst der verschiedenen Materialarten dar, wie verändert es sich absolut und relativ zueinander? In wie viel der jeweiligen Materialien lassen sich überhaupt Erreger nachweisen, in wie vielen auch mehrere? Wie verteilen sich die Erreger aufgeschlüsselt nach Arten oder Gattungen? Welche Rückschlüsse können daraus auf die Stringenz der Indikationsstellung zur Untersuchung und die Einhaltung von hygienischen Kautelen bei der Materialgewinnung gezogen werden? Welche Erreger müssen Sie - je nach Material - besonders häufig erwarten und sollten Sie daher in Ihrer kalkulierten Therapie berücksichtigen? Welche Tendenzen lassen sich für einzelne Erreger ablesen und wie lassen sich diese begründen?

Gerade bei der letzten Frage fällt auf, dass uns noch ein strukturiertes Programm zur Stations-bezogenen Erfassung des Antibiotikaverbrauchs als wichtiger Treiber einer Resistenzentwicklung fehlt. Hier werden derzeit mit der Zentralapotheke Gespräche

zur Einführung des SARI light Programms geführt, eine durch die Universitätsklinik Freiburg geleitete Initiative zur Deutschland-weiten normierten und Risiko-stratifizierten Ermittlung genau der für unsere Surveillance benötigten Zahlen. Schließlich: wie verhält sich die Antibiotika-Resistenzentwicklung bei den ätiologisch besonders relevanten Erregerarten und welche Antibiotika bieten sich derzeit für eine kalkulierte Therapie an, welche sollten wegen einer ungünstigen Resistenzentwicklung möglichst gemieden werden? Der Bericht enthält dazu neben den erläuternden Texten Tabellen, so dass die essentiellen Aussagen mit einem Blick erfassbar sind.

Ich bin mir sicher, dass beim Lesen des Berichts der eine oder andere Aha-Effekt bei Ihnen ausgelöst wird. Wir werden spätestens beim übernächsten Bericht sehen, ob dies auch zu messbaren Auswirkungen bzgl. des Einsenderverhaltens sowie der Erreger- und Resistenzentwicklung führt. Die Patienten unseres Universitätsklinikums werden davon profitieren.

Als fortlaufende Rubrik war Ihnen die Tabelle Neuerungen für die Patientenversorgung, Schulungen, QM-Aktivitäten angekündigt. Hier sind folgende Punkte aufzuzählen:

| Test   | Termin                                | Hinweis  |
|--|---------------------------------------|--|
| Anti-Hantavirus IgM / IgG                        | seit Juli 2011                        | Untersuchungsmaterialien: Serum, Plasma  |
| Anti-Hepatitis E Virus IgM / IgG                 | seit Juli 2011                        | Untersuchungsmaterial: Serum, Plasma   |
| Influenza A / B RT-PCR mit real-time Detektion   | seit Juni 2011                        | Untersuchungsmaterialien: BAL, Trachealsekret, Nasen- und Rachenabstriche  |
| Noro-Virus RT-PCR                                | ab Oktober 2011                       | Untersuchungsmaterial: Stuhl; z. Zt. auf personaltechnischen Gründen nur als Bestätigungstest durchführbar   |
| <i>Streptococcus pneumoniae</i> Antigen-Nachweis | seit Juli 2011                        | Untersuchungsmaterial: Urin, Liquor  |
|  |                                       |  |
| Fortbildung                                      | Termin                                | Hinweis  |
| Hygienebeauftragte Ärzte                         | 1.-4. Nov. 2011;<br>19.-22. März 2012 | Anmeldung im Sekretariat des IMIKRO ( <a href="mailto:johanna.wagner@med.uni-rostock.de">johanna.wagner@med.uni-rostock.de</a> , Tel. 5901 od. 5919)               |
| DGHM-Kurs „Strukturierte hygienische Begehungen“ | 18.-22. Juni 2012                     | Anmeldung im Sekretariat des IMIKRO ( <a href="mailto:johanna.wagner@med.uni-rostock.de">johanna.wagner@med.uni-rostock.de</a> , Tel. 5901 od. 5919)               |
|  |                                       |  |
| QM-Aktivitäten                                   | Termin                                | Hinweis  |
| Abfrage Einsenderzufriedenheit                   | 4. Quartal 2011                       | gezielte Fragebogenaktion – durch Ihre Beteiligung helfen Sie mit, einen für Sie rundum zufriedenstellenden Service zu gewährleisten                               |
| Überarbeitung Einsenderhinweise Homepage IMIKRO  | 4. Quartal 2011                       | einheitliche Organ- bzw. Material-bezogene Information unabhängig von der Art des Erregers;<br>aktualisierte Darstellung der Laborleistungen<br>Krankenhaushygiene |
| Akkreditierung als Trinkwasserlabor              | Sept. 2011                            | Aufnahme in die Liste der Trinkwasserlabore MV beim Sozialministerium beantragt  |

Unter den neu eingeführten Tests sei insbesondere auf den Schnelltest zum Nachweis von ***Streptococcus pneumoniae* (Pneumokokken)**, ein **Antigen-Nachweis** aus Urin und Liquor verwiesen. Mit diesem Test kann zukünftig ein deutlich höherer Anteil an Pneumokokken-Pneumonien bereits 30 Minuten nach Eingang des Materials im IMIKRO nachgewiesen werden (Pletz et al. (2011) Epidemiologie und Erreger bei ambulant erworbener Pneumonie. Dtsch Med Wochenschr 136: 775-80). Der Test wird vom IMIKRO tagsüber an allen Wochentagen angeboten.

Grund für die Einführung war, dass der kulturelle Pneumokokken-Nachweis relativ häufig versagt, weil nur Sputum und keine Blutkulturen eingesandt werden, das Material erst nach begonnener Antibiotikatherapie abgenommen wird oder zu lange unterwegs ist (Pneumokokken verfügen über eine Autolysesystem, dass bei Stresssituationen aktiviert wird). Der Antigennachweis hat eine Sensitivität von ca. 80 % und eine Spezifität von ca. 90 %. Er ist bei Kindern wegen einer deutlich höheren asymptomatischen Besiedlungsrate mit Pneumokokken weniger gut geeignet als bei Erwachsenen (Sommer et al. (2010) Infektionen der tiefen Atemwege. MiQ 7 und 8, eds. Podbielski et al., Urban & Fischer, München).

Mit den besten Grüßen  
Ihr

Prof. Dr. Dr. Andreas Podbielski