

zur Qualität der Aufbereitung von flexiblen Endoskopen in Klinik und Praxis, Z Gastroenterol. 40 (2002) 157–170.

- [2] J.P. Bronowicki, V. Venard, C. Botte, et al., Patient-to-patient transmission of hepatitis C virus during colonoscopy, New Engl. J Med. 337 (1997) 237–240.
- [3] Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI), Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums, Bundesgesundheitsbl. 45 (2002) 395–411.
- [4] Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten, Bundesgesundheitsbl. 55 (2012) 1244–1310.
- [5] <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm434871.htm>.
- [6] http://www.bfarm.de/SharedDocs/Kundeninfos/DE/14/2015/2128-15_Kundeninfo_de.html.
- [7] A. Kola, et al., An outbreak of carbapenem-resistant OXA-48 – producing Klebsiella pneumonia associated to Duodenoscopy, Antimicrobial Resistance and Infection Control 4 (2015) 8.
- [8] J. Kovaleva, F.T. Peters, H.C. van der Mei, J.E. Degener, Transmission of Infection by Flexible Gastrointestinal Endoscopy and Bronchoscopy, Clin Microbiol Rev. 26 (2013) 231–254.
- [9] Mitteilungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Kommentar zur Anlage 8 „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums“ der Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“, Epid. Bull 28 (2013) 253–255.
- [10] B. Piening, Three K. pneumoniae OXA-48 outbreaks following endoscopy in Berlin. 3rd International Conference on Prevention & Infection Control (ICPIC) (19 June 2015) 2015.
- [11] C.J. Verfaillie, et al., Withdrawal of a novel-design duodenoscope ends outbreak of a VIM-2- producing Pseudomonas aeruginosa, Endoscopy. 47 (06) (2015) 493–502.

Bericht der Bundesregierung über nosokomiale Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen

In der Drucksache 18/3600 vom 18.12.2014 wird der Deutsche Bundestag durch die Bundesregierung mit dem im Folgenden referierten und zusammengefassten „Bericht der Bundesregierung über nosokomiale Infektionen und Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen“ unterrichtet.

Für die Erstellung dieses Berichtes wurden verschiedene Datenquellen genutzt, insbesondere die des Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance nosokomialer Infektionen (z. B. Ergebnisse der Prävalenzerhebung zu nosokomialen Infektionen und Antibiotikaverbrauch aus 2011; KISS-Daten sowie Daten des Robert Koch-Institutes aus den dort etablierten Surveillance-Strukturen auch in Hinsicht auf Antibiotika-Resistenzen). Es wurden alle für Deutschland wesentlichen Sachverständigen/Körperschaften hinzugezogen, so z.B. das Arbeitsbündnis Patientensicherheit, die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landes-/Gesundheitsbehörden, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der gemeinsame Bundesausschuss (GBA), die Kassenärztliche Bundesvereinigung, KV-Spitzenverband und Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut u.a..

Zur Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes in den Ländern und medizinischen Einrichtungen wurden dem RKI durch die obersten Landesgesundheitsbehörden folgende Daten mitgeteilt:

- 83,3% bis 100% (Median: 97,1%) der Krankenhäuser verfügen über eine aktive Hygienekommission
- In 26,7% bis 100% (Median: 93,7) der begangenen Krankenhäuser wurde der Hygieneplan in 2013 auf Aktualität geprüft
- In 57% bis 98,3% (Median: 76,9%) der begangenen Krankenhäuser wurden bereits die KRINKO Empfehlungen zu MRGN in den Hygieneplänen berücksichtigt

- In 22,2 bis 88,3% (Median: 57,5%) der begangenen Krankenhäusern liegen einrichtungsspezifische Antibiotikaleitlinien unter Berücksichtigung der Resistenzstatistik vor
- In 13,3% bis 86,4% (Median: 66%) der begangenen Krankenhäusern wird die C. difficile assoziierte Diarrhoe (CDAD) nach entsprechenden Protokollen erfasst (Frage 2.3)
- In 16,7% bis 100% (Median: 83,3%) der begangenen Krankenhäuser existiert ein MRE-Übergabebogen
- In 37,2 bis 90,2% (Median: 71,2%) der begangenen Krankenhäuser entspricht die Betreuung durch eine/n Krankenhaushygieniker/in dem Bedarf gemäß MedHygV
- In 3,7% bis 85% (Median: 66%) der begangenen Krankenhäuser entspricht die Betreuung durch Hygienefachkräfte dem Bedarf gemäß MedHygV

Bußgelder wurden insgesamt (alle Länder) nur in 18 Fällen angedroht bzw. in 7 Fällen verhängt.

Besonders schwierig und teilweise lückenhaft waren Angaben zur Zahl des in einem Bundesland tätigen Hygienefachpersonals zu erheben. Insbesondere ist aber die Zahl der in Fort-/Weiterbildung befindlichen Hygienefachkräfte außerordentlich schwierig bzw. nicht sicher zu erheben. Erfreulich ist, dass dazu immerhin folgende Angaben gemacht werden konnten:

Hygienefachkräfte:

In 2013: 529 in Aus-/Weiterbildung zur Hygienefachkraft (Angaben von 10 Ländern),

In 2014: 392 in Aus-/Weiterbildung zur Hygienefachkraft (Angaben von 6 Ländern).

Bei der Bewertung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich in vielen Ländern und Gesundheitsämtern um die erste Erhebung dieser Art gehandelt hat. Als weiteres Ergebnis zeigte sich ein Optimierungsbedarf bezüglich der Erfüllung baulicher Anforderungen: danach erschwerten beengte Räumlichkeiten hygienisch korrektes Arbeiten. Von besonderer Bedeutung ist, dass im Rahmen dieser Erhebung festgestellt wurde, dass die Surveillance von MRE häufig nicht korrekt durchgeführt bzw. bewertet wird. Auch ein Antibiotika-Management ist derzeit in den Krankenhäusern weitgehend noch nicht etabliert und bezüglich der

Gesundheitsämter wird ausgesagt, dass bei diesen Fortbildungsbedarf besteht, um ihre Aufgaben in der Überwachung der Einrichtungen des Gesundheitsdienstes gemäß 23 IfSG wahrnehmen zu können. Von besonderer Bedeutung ist, dass es erheblich an Aus-, Fort- und Weiterbildungsressourcen mangelt, was aus dem Bericht der Bundesärztekammer hervorgeht. Gegenwärtig gibt es an 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland noch 11 Lehrstühle für Hygiene und Umweltmedizin, des Weiteren 30 Lehrstühle für Mikrobiologie. Eine Anerkennung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin erhielten im Jahr 2011 insgesamt 10 Personen, 2012 12 Personen und 2013 insgesamt 5 Personen (!). Berufstätig in dieser Facharztsparte sind im Jahr 2013 insgesamt 195 Personen. Eine Anerkennung zum Facharzt für Mikrobiologie erhielten im Jahr 2011 insgesamt 31 Personen, 2012 37 Personen und 2013 34 Personen. Berufstätig sind im Jahr 2013 in diesem Bereich insgesamt 713 Personen. Zu der strukturierten curricularen Fortbildung „Krankenhaushygiene“ liegen keine exakten Zahlen vor. Die Zahl der Teilnehmer, die die 200-Stunden-Kurse der Landesärztekammern durchlaufen haben bzw. durchlaufen, liegt bundesweit bei ca. 135 Personen. Etwa 400 Krankenhäuser mit mehr als 400 Betten haben Bedarf an einem vollamtlichen Krankenhaushygieniker: diese Forderung ist derzeit bei Weitem nicht erfüllt. Gleichmaßen kommt es nach Informationen der Bundesärztekammer zu langen Wartezeiten bei den DGI-Fortbildungen zum Antibiotic-Stewardship. Die Kurse sind bisher nicht als strukturierte curriculare Fortbildungen der Ärztekammer etabliert (!). Bezüglich der Vergütungsvereinbarung zu MRSA mit der kassenärztlichen Bundesvereinigung konnte im ambulanten Bereich eine höhere Sensibilität für die Ernsthaftigkeit der gegenwärtigen Antibiotikaresistenzentwicklung, die Notwendigkeit der Dekolonisation von MRSA-besiedelten bzw. -infizierten Patienten und den rationalen Umgang mit Antibiotika geschaffen werden. Die Entwicklung der Anzahl der Ärzte mit MRSA-Zertifizierung hat die anfänglichen Erwartungen deutlich übertroffen. Somit wurden die mit dem gesetzlichen

Auftrag intendierte Beseitigung der Abrechnungshemmnisse erreicht. Zu den Effekten dieser Maßnahme auf die MRSA-Prävalenz bei Aufnahme in ein Krankenhaus können noch keine belastbaren Aussagen gemacht werden. Bezüglich der Erfassung nosokomialer Infektionen hat der gemeinsame Bundesausschuss 2013 das AQUA-Institut erstmals mit der Erstellung eines entsprechenden Sonderkapitels im Qualitätsreport 2012 beauftragt. Der Schwerpunkt der Qualitätsindikatoren liegt bei postoperativen Wundinfektionen und postoperativen Pneumonien. In einzelnen Leistungsbereichen werden aber auch Daten zu postoperativen Harnwegsinfektionen oder zur nosokomialen Sepsis erhoben. Die Ergebnisse dieser Qualitätsindikatoren weisen über die letzten Jahre weitgehend unveränderte Wundinfektionsraten aus. Es ist nach Auffassung des AQUA-Institutes dringend notwendig, sektorenübergreifende Verfahren zu entwickeln, die eine ausreichende Nachbeobachtung (Follow up) erlauben (bis zu 60% der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen manifestieren sich erst nach 3 bis 24 Monaten nach der Krankenhausentlassung). In diesem Zusammenhang wäre auch zu prüfen, inwiefern die Einbeziehung von Sozialdaten der Krankenkassen sinnvoll ist. Nach dem Bericht der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist das Hauptproblem der Mangel an Hygienefachpersonal sowie die Fortbildungskapazitäten zum Antibiotic Stewardship, aber auch die Verfügbarkeit geeigneter Dokumentations-Software.

Wirkungen des Gesetzes auf das Vorkommen von Infektionen und resistenten Krankheitserregern (Infektions- und Resistenzraten; Ausbrüche)

Aus der im Jahr 2011 durchgeführten Punktprävalenzerhebung zu nosokomialen Infektionen und dem Antibiotikaverbrauch gehen aktuelle Basisdaten für die Einschätzung der Situation hervor, aus denen sich wichtige Impulse zur notwendigen

Verbesserung des Antibiotika-Einsatzes, insbesondere im Zusammenhang mit der perioperativen Prophylaxe ableiten. Die seit der ersten in Deutschland repräsentativ durchgeführten Prävalenzerhebung im Jahre 1994 relativ konstante und im internationalen Vergleich recht niedrige Prävalenz der nosokomialen Infektionen (NI) ist Hinweis dafür, dass es in den zurückliegenden Jahren nicht zu einem grundsätzlichen Anstieg der nosokomialen Infektionsrate gekommen ist. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der in Deutschland vollstationär behandelten Patienten kontinuierlich angestiegen ist (15,5 Mio. 1994 auf 18,6 Mio. 2012). Es wird darauf verwiesen, dass die Daten aus Prävalenzuntersuchungen nicht ohne Weiteres auf Inzidenzraten umgerechnet werden können, weil Patienten mit NI während ihres hierdurch verlängerten Krankenhausaufenthaltes eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, durch den Erfasser am Tag der Erhebung mit einer nosokomialen Infektion angetroffen zu werden. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass im Hinblick auf eine Vergleichbarkeit strenge Definitionen der nosokomialen Infektion und primären Sepsis zu einer gewissen Untererfassung dieser beiden Krankheiten führen kann. Dies ist international allen Erhebungssystemen eigen. (Anmerkung der Redaktion: Einen weiteren Einfluss dürfte die Tatsache haben, dass sich die Krankenhausverweildauer von 1994 auf 2001 deutlich verringert hatte. Dadurch bedingt werden nach der Krankenhausentlassung aufgetretene nosokomiale Infektionen auch bei einer Prävalenzerhebung nicht mehr erfasst, so dass eher von einer höheren Anzahl nosokomialer Infektionen auszugehen ist.) Bei der nationalen Prävalenzstudie 1994 betrug die Prävalenz der Antibiotikaaanwendung (ABA) 17,7%, in 2011 23,3%. Während sich nach den Daten der Prävalenzerhebung die Zahl der NI nach 1994 nicht signifikant verändert hat, ist es zu einer Zunahme der Prävalenz der Antibiotikaaanwendung gekommen. Erklärt wird dieses mit dem in der Anmerkung gemachten Phänomen, dass es zu einer Verringerung der durchschnittlichen

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2680046>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2680046>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)