



Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V. DGKH

Geschäftsstelle
Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin
Telefon +49 30 8872737-30
Fax +49 30 8872737-37
E-Mail info@krankenhaushygiene.de

Vorstand

Präsident
Prof. Dr. Martin Exner, Bonn

*1. Vizepräsident, stellvertretender
Schatzmeister und Koordinator für
Internationale Beziehungen*
Prof. Dr. Walter Popp, Dortmund

2. Vizepräsidentin
PD Dr. med. habil. Sabine Gleich,
München

Schatzmeisterin
Dr. Friederike Lemm, Bochum

*Verantwortlicher für
Öffentlichkeitsarbeit*
Dr. Peter Walger, Bonn

Amtsgericht Berlin Charlottenburg
Registernummer VR 34413 B

Str.-Nr. 27/663/63141
UID DE183129654

Bankverbindung
Weberbank Berlin
IBAN DE52101201006106852044
BIC WELADED1WBB

Internet
www.krankenhaushygiene.de

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) zu „Antibiotikaresistenzen und Neue Teststrategien“

Erstellt im Auftrag des Vorstandes der DGKH von
M. Exner, P. Walger und M. Wilke

1. Ziele der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH)

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) befasst sich seit ihrer Gründung im Jahr 1990 schwerpunktmäßig mit der Prävention und Kontrolle von nosokomialen Infektionen (d. h. Infektionen, die im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung erworben werden) durch betrieblich-organisatorische, baulich-funktionelle, hygienisch-technische, epidemiologische und infektiologische Strategien sowie mit den Anforderungen an ein strukturiertes Ausbruchmanagement. Die DGKH entwickelt auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz und praktisch-hygienischer Erfahrungen hierzu Leitlinien und technische Regeln, führt Fortbildungsveranstaltungen und Schulungen durch und veranstaltet Kongresse zu diesen Themengebieten für Ärzte, Pflegepersonal, Amtsärzte und alle Personen, die in der Infektionsprävention und -kontrolle Verantwortung tragen. Sie richtet sich mit ihren Empfehlungen auch an Patienten und deren Angehörige.

Bei der Prävention und Kontrolle von nosokomialen Infektionen hatten antibiotikaresistente Erreger traditionell schon immer einen sehr hohen Stellenwert, wobei sich die DGKH mit den medizinischen Fachgesellschaften in der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF), dem Verbund für angewandte Hygiene (VAH) und mit dem RKI eng abstimmt und diese Institutionen kritisch-konstruktiv unterstützt.

Über den rein medizinischen Bereich von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen hinaus befasst sich die DGKH in zunehmendem Maße auch mit anderen Themengebieten außerhalb medizinischer Einrichtungen im Hinblick auf die Prävention und Kontrolle, unter anderem von Infektionskrankheiten und der Verhütung der Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen.

Darüber hinaus richtet die DGKH seit 10 Jahren einen Antibiotic Stewardship Kurs für Ärztinnen und Ärzte aus, der mittlerweile zur Qualifikation von über 2000 Fachexperten (ABS-Experten und ABS-Beauftragte) auf diesem Gebiet geführt hat.

Die folgende Stellungnahme zur Thematik „Antibiotikaresistenzen und Neue Teststrategien“ befasst sich schwerpunktmäßig mit den Aspekten der Prävention und Kontrolle von Antibiotikaresistenzen in medizinischen Bereichen sowie den hieraus resultierenden Konsequenzen für zusätzliche Regulierungen aus Sicht der DGKH.



Vorstand

Präsident
Prof. Dr. Martin Exner, Bonn

**1. Vizepräsident, stellvertretender
Schatzmeister und Koordinator für
Internationale Beziehungen**
Prof. Dr. Walter Popp, Dortmund

2. Vizepräsidentin
PD Dr. med. habil. Sabine Gleich,
München

Schatzmeisterin
Dr. Friederike Lemm, Bochum

**Verantwortlicher für
Öffentlichkeitsarbeit**
Dr. Peter Walger, Bonn

Amtsgericht Berlin Charlottenburg
Registernummer VR 34413 B

Str.-Nr. 27/663/63141
UID DE183129654

Bankverbindung
Weberbank Berlin
IBAN DE52101201006106852044
BIC WELADED1WBB

Internet
www.krankenhaushygiene.de

2. Infektionsepidemiologische Bedeutung

Die infektionsepidemiologische Bedeutung der Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen ist in einer Vielzahl von wissenschaftlichen und politischen Artikeln und Stellungnahmen einschließlich denen der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) bestens dokumentiert. Die Zunahme der Antibiotikaresistenzen und die Bedrohung durch Nichtbehandelbarkeit stellen weltweit eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit dar. Es wird daher darauf verzichtet, dies im Einzelnen zu erläutern und zu begründen.

Es bedarf jedoch einer Differenzierung hinsichtlich

- unterschiedlicher Bereiche und
- unterschiedlicher Erregerspezifischer Antibiotikaresistenzen,

was in dieser Stellungnahme nur in Grundzügen zugunsten der Konzentration auf die wichtigsten Konsequenzen für die Regulierung dargestellt wird.

2.1 Bereiche

Es ist zu unterscheiden zwischen der Bedrohung und Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen

- **im normalen Alltag** für die gesunde Normalbevölkerung z. B. durch Aufnahme von tierischen, ggfls. Antibiotika-haltigen Lebensmitteln oder der Aufnahme über Trinkwasser oder beim Baden. Hierauf wird im Folgenden nicht näher eingegangen, wobei im Gegensatz zu den nachfolgenden Bereichen dieses Risiko für die gesunde Bevölkerung in Deutschland weitestgehend unter Kontrolle ist bzw. im Vergleich zu den nachfolgenden Bereichen überschätzt wird.

- **in der ambulanten medizinischen Versorgung** wie z.B. bei der notwendigen und streng ärztlichen Antibiotika-Rezeptierung. Anders als in vielen low- und middle income Ländern besteht für die Gabe von Antibiotika eine Rezeptpflicht, wodurch bereits eine Einschränkung der Anwendung von Antibiotika gegeben ist. Zusätzlich ist im letzten Jahrzehnt durch die breite Thematisierung der Risiken ein zunehmendes Bewusstsein für den Nutzen aber auch Risiken von Antibiotika in der Bevölkerung festzustellen. Nur in wenigen Ausnahmefällen ist in diesen Bereichen die Anwendung von sog. Reserve-Antibiotika erforderlich.

- **in der klinischen Versorgung**, insbesondere in Kliniken, in denen Antibiotika einschließlich Reserve-Antibiotika bestimmungsgemäß angewendet werden müssen. Hierbei sind Patienten in bestimmten Hochrisiko-Bereichen von Kliniken wie z. B. auf Intensivstationen, Stationen der Hämato-Onkologie oder der Transplantationsmedizin, in der neurologischen Frührehabilitation (insbesondere bei Patienten, die von der Beatmung über einen längeren Zeitraum von 6 - 8 Wochen entwöhnt werden müssen), oder auf neonatologischen Intensivstationen in besonderer Weise exponiert. In diesen Bereichen kommt es immer wieder auch in Deutschland zum Auftreten von Erreger-Clustern, die über einen Zeitraum von bis zu Jahren persistieren oder zu Ausbrüchen mit antibiotikaresistenten Erregern.



Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V. DGKH

Geschäftsstelle

Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin
Telefon +49 30 8872737-30
Fax +49 30 8872737-37
E-Mail info@krankenhaushygiene.de

Vorstand

Präsident

Prof. Dr. Martin Exner, Bonn

1. Vizepräsident, stellvertretender
Schatzmeister und Koordinator für
Internationale Beziehungen
Prof. Dr. Walter Popp, Dortmund

2. Vizepräsidentin

PD Dr. med. habil. Sabine Gleich,
München

Schatzmeisterin

Dr. Friederike Lemm, Bochum

Verantwortlicher für Öffentlichkeitsarbeit

Dr. Peter Walger, Bonn

Amtsgericht Berlin Charlottenburg
Registernummer VR 34413 B

Str.-Nr. 27/663/63141
UID DE183129654

Bankverbindung

Weberbank Berlin
IBAN DE52101201006106852044
BIC WELADED1WBB

Internet

www.krankenhaushygiene.de

2.2 Erreger- und Antibiotika-Gruppen

Bezüglich der **Erregergruppen** im medizinischen Bereichen wird unterschieden zwischen

- den Gram-positiven Erregern wie Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) oder Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE), die sowohl bei Menschen (*S. aureus* hauptsächlich in der Nase, Enterokokken im Darm) als auch im Umfeld des Menschen vorkommen und über eine lange Persistenz auch auf trockenen Oberflächen verfügen. Aus diesem Grunde hat die Desinfektion von Patientenbereichen eine besondere Bedeutung zur Kontrolle dieser Erreger.
- und Gram-negativen Erregern, wozu insbesondere *Enterobacterales*, *Acinetobacter spp.*, und *Pseudomonas aeruginosa* zählen, die sowohl bei Menschen im Darm (*Enterobacterales*) als auch in der Umwelt, in Feuchtbereichen, auch im direkten Patientenbereich, vorkommen können. Die Kontrolle dieser Erreger durch Desinfektionsmaßnahmen und durch Sanierung ist deutlich schwieriger als bei den oben angegebenen Gram-positiven Erregern.

Die wichtigsten **Antibiotikagruppen** im medizinischen Bereich werden in Deutschland unterteilt in

- Penicilline
- Cephalosporine
- Fluorchinolone
- Carbapeneme

Von besonderer Bedeutung ist die Resistenz gegen Methicillin bei *S. aureus*.

Aus hygienischen Gründen wird bei Gram-negativen Erregern unterscheiden zwischen 3MRGN- und 4MRGN-Bakterien.

Als **3MRGN** werden **M**ulti**R**esistente **G**ram**N**egative Stäbchenbakterien mit Resistenzen gegen 3 der 4 o.g. Antibiotikagruppen bezeichnet.

Als **4MRGN** werden **M**ulti**R**esistente **G**ram**N**egative Stäbchenbakterien mit Resistenzen gegen 4 der 4 o.g. Antibiotikagruppen bezeichnet.

Von besonderer Bedeutung sind die 4MRGN-Erreger, da mit der Resistenz gegen Carbapeneme alle vier wichtigsten Standardantibiotika ausfallen und nur noch spezifische Reserveantibiotika eingesetzt werden können. Von besonderer Bedeutung sind dabei solche Erreger, bei denen die Carbapenem-Resistenz durch spezifische Resistenzmechanismen, d. h. die Bildung von Resistenz-Enzymen, den sog. Carbapenemasen, verursacht wird. Diese Erreger können die Resistenz über verschiedene Mechanismen wie u. a. Plasmide auf weitere Erreger übertragen, die dann ihrerseits multiresistent werden.

Wegen der Bedeutung von

- - Methicillin-resistenten *S. aureus* und



- - Gram-negativen Erregern mit Carbapenem-Resistenz bzw. Carbapenemase-Produktion hat der Gesetzgeber im Infektionsschutzgesetz (IfSG) im § 7 eine **Meldepflicht** eingeführt, die lautet:

§ 7 Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern

(1) Namentlich ist bei folgenden Krankheitserregern, soweit nicht anders bestimmt, der direkte oder indirekte Nachweis zu melden, soweit die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen

- der direkte Nachweis folgender Krankheitserreger:

a) Staphylococcus aureus, Methicillin-resistente Stämme; Meldepflicht nur für den Nachweis aus Blut oder Liquor

b) Enterobacterales bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz; Meldepflicht nur bei Infektion oder Kolonisation

c) Acinetobacter spp. bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz; Meldepflicht nur bei Infektion oder Kolonisation.

Bei Auftreten von Infektionserregern mit den genannten Voraussetzungen besteht in Krankenhäusern eine teilweise bzw. grundsätzliche Isolierungspflicht i

3. Infektionsreservoirs

Bei den Reservoirs für antibiotikaresistente Erreger wird grob unterteilt in die Reservoirs

- - Mensch
- - Tier
- - Umwelt wie Wasser, Abwasser, Krankenhaus-Umgebung.

In medizinischen Bereichen sind die Übertragungen in erster Linie

- - von Mensch zu Mensch (Patient zu Patient u.a. über das medizinische Personal, bei unzureichender Hygiene wie Hände-Hygiene.
- - über Wasser und Abwasser

von Bedeutung.

Während die Übertragung von Mensch zu Mensch im Krankenhaus mittlerweile in Deutschland sehr detailliert durch Hygieneregularien geregelt ist. (siehe KRINKO Empfehlungen, Empfehlungen der Fachgesellschaften) sind die Übertragungen über Reservoirs im Wasser/Abwasserbereich erst in den letzten Jahren detaillierter untersucht und begonnen worden zu regulieren.

Die wichtigste Erkenntnis in diesem Bereich ist, dass Wasser/Abwasser ein relevantes Reservoir für das persistierende Vorkommen von gram-negativen Erregern in medizinischen Bereichen darstellt, was lange Zeit übersehen bzw. nicht reguliert war.

Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V. DGKH

Geschäftsstelle

Joachimsthaler Straße 31-32

10719 Berlin

Telefon +49 30 8872737-30

Fax +49 30 8872737-37

E-Mail info@krankenhaushygiene.de

Vorstand

Präsident

Prof. Dr. Martin Exner, Bonn

*1. Vizepräsident, stellvertretender
Schatzmeister und Koordinator für
Internationale Beziehungen*

Prof. Dr. Walter Popp, Dortmund

2. Vizepräsidentin

PD Dr. med. habil. Sabine Gleich,
München

Schatzmeisterin

Dr. Friederike Lemm, Bochum

Verantwortlicher für Öffentlichkeitsarbeit

Dr. Peter Walger, Bonn

Amtsgericht Berlin Charlottenburg
Registernummer VR 34413 B

Str.-Nr. 27/663/63141

UID DE183129654

Bankverbindung

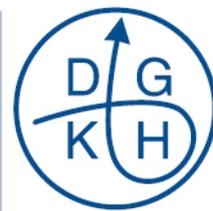
Weberbank Berlin

IBAN DE52101201006106852044

BIC WELADED1WBB

Internet

www.krankenhaushygiene.de



Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V. DGKH

Geschäftsstelle

Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin
Telefon +49 30 8872737-30
Fax +49 30 8872737-37
E-Mail info@krankenhaushygiene.de

Vorstand

Präsident

Prof. Dr. Martin Exner, Bonn

*1. Vizepräsident, stellvertretender
Schatzmeister und Koordinator für
Internationale Beziehungen*
Prof. Dr. Walter Popp, Dortmund

2. Vizepräsidentin

PD Dr. med. habil. Sabine Gleich,
München

Schatzmeisterin

Dr. Friederike Lemm, Bochum

Verantwortlicher für Öffentlichkeitsarbeit

Dr. Peter Walger, Bonn

Amtsgericht Berlin Charlottenburg
Registernummer VR 34413 B

Str.-Nr. 27/663/63141
UID DE183129654

Bankverbindung

Weberbank Berlin
IBAN DE52101201006106852044
BIC WELADED1WBB

Internet

www.krankenhaushygiene.de

Das 2021 abgeschlossene, vom BMBF geförderte Verbundvorhaben: „Hygienisch-medizinische Relevanz und Kontrolle Antibiotika-resistenter Erreger in klinischen, landwirtschaftlichen und kommunalen Abwässern, deren Bedeutung in Rohwässern (HyReKA)“ konnte hierzu wichtige Erkenntnisse erbringen. Insofern wird insbesondere auf den Abschlussbericht hingewiesen. https://www.ukbonn.de/site/assets/files/29796/hyreka_abschlussbericht_formatiert.pdf

Hierin konnten bei detaillierter Untersuchung von Abflüssen aus Waschbecken, Duschen, Toiletten und reinen Ausgussbecken festgestellt werden, dass in diesen unmittelbaren Patientennahen Bereichen sehr hohe Antibiotikarückstände und antibiotikaresistente Erreger aus der oben angegebenen Gruppe der MRGN vorhanden waren. Diese Erkenntnisse führten 2020 zu einer eigenen Empfehlung der KRINKO: „Anforderung der Hygiene an die Abwasserentsorgung im Krankenhaus“. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Anforderungen_Abwassersysteme.pdf?__blob=publicationFile

Die Erkenntnisse aus diesem Projekt zeigen, dass medizinische Bereiche und insbesondere Krankenhäuser, in denen bestimmungsgemäß Antibiotika eingesetzt werden müssen, als wichtigste Emittenten für Antibiotikarückstände und multiresistente Erreger in die Umwelt anzusehen sind.

Hier besteht ein weiterer auch regulativer Handlungsbedarf unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit.

4. Labordiagnostik

Die Labordiagnostik zu antibiotikaresistenten Erregern ist in Deutschland mittlerweile auch regulatorisch gut organisiert. Die Voraussetzungen hierfür sind grundsätzlich alle detailliert vorhanden.

Auch im internationalen Vergleich wird Deutschland zu den Ländern gezählt, die mit die beste Regulierung im Hinblick auf antibiotikaresistente Erreger haben¹.

Dennoch besteht aus Sicht der DGKH weiterhin Ertüchtigungs- und Regulierungsbedarf.

5. Vorschläge für eine zukünftige Regulierung

Obwohl in Deutschland durch die KRINKO-Empfehlung zur Labordiagnostik und durch die bisherigen Meldepflichten gute Voraussetzungen zur Kontrolle der Antibiotikaresistenzen bestehen, ergeben sich aus Sicht der DGKH folgende zukünftig weiter zu fördernde Regulierungen. Hierzu zählen nachfolgend.

5.1 Ausbildung

Bereits im Medizinstudium müssen die Themen Antibiotikaresistenz und deren Prävention und Kontrolle verpflichtend ausführlich mit einem eigenen Curriculum in der neuen Approbationsordnung vermittelt werden.



Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V. DGKH

Geschäftsstelle

Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin
Telefon +49 30 8872737-30
Fax +49 30 8872737-37
E-Mail info@krankenhaushygiene.de

Vorstand

Präsident

Prof. Dr. Martin Exner, Bonn

1. Vizepräsident, stellvertretender
Schatzmeister und Koordinator für
Internationale Beziehungen

Prof. Dr. Walter Popp, Dortmund

2. Vizepräsidentin

PD Dr. med. habil. Sabine Gleich,
München

Schatzmeisterin

Dr. Friederike Lemm, Bochum

Verantwortlicher für
Öffentlichkeitsarbeit

Dr. Peter Walger, Bonn

5.2 Antibiotika Stewardship und Infektiologie

Sowohl in der Grundausbildung (Medizinstudium) als auch in einer fachärztlichen Weiterbildung müssen die Kriterien für den Einsatz von Antibiotika sowohl im ambulanten wie auch im Krankenhausbereich weiter detailliert verankert und geregelt werden.

Hierzu ist die Unterstützung in der Fortbildung von Antibiotika-Stewardship geschulten Ärzten und Ärztinnen (ABS-Experten- und ABS-Beauftragten-Kurse) und die Weiterbildung von FachärztInnen zu Infektiologen (1-jährige Zusatzweiterbildung zum Infektiologen und Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie) von besonderer Bedeutung.

Die ärztlichen Fort- und Weiterbildungen zu ABS-Experten und Infektiologen und deren Einstellung auf der Grundlage fester Deputate und Ressourcen sollte durch staatliche Unterstützungsprogramme weiter und intensiver gefördert werden. Die Grundlagen sind im Positionspapier der Kommission ART beim RKI (Strukturelle und personelle Voraussetzungen für die Sicherung einer rationalen Antiinfektivverordnung in Krankenhäusern, Positionspapier der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) beim Robert Koch-Institut mit Beratung durch Fachgesellschaften. Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:749–760. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03152-5> Online publiziert: 28. Mai 2020 © Der/die Autor(en) 2020) und in der S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ (S3-Leitlinie - Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus - AWMF-Registernummer 092/001 - update 2018) grundlegend formuliert.

Jedes Krankenhaus sollte gemäß Positionspapier der Kommission ART über eine bedarfsgerechte Anzahl von ABS-Experten und ABS-Beauftragten verfügen und einen Zugang zu entsprechender infektiologischer Fach-Expertise gewährleisten.

5.3 Meldepflicht

Wegen der hohen Bedeutung von *Pseudomonas aeruginosa* sollte eine Meldepflicht für Carbapenemresistente bzw. Carbapenemase produzierende *P. aeruginosa* eingeführt werden und der entsprechende Paragraph 7 im IfSG hierzu erweitert werden.

Auch eine Erweiterung der Meldepflicht auf Nachweise von *S. aureus* in Blut und Liquor, unabhängig von einer Methicillin-Resistenz, ist erforderlich, um der wachsenden Bedeutung von invasiven *S. aureus* Infektionen bei fallender Prävalenz der MRSA-Infektionen zu begegnen. Die DGKH hat hierzu bereits 2019 in einer Stellungnahme die Ausweitung der Meldepflicht für invasive Methicillin resistente *S. aureus* (MRSA)-Infektionen auf alle invasiven *S. aureus* Infektionen – unabhängig von der Resistenz des Erregers gefordert.

Des Weiteren sollte die Nachverfolgbarkeit des Trägerstatus von hochresistenten Erregern durch Integration dieser Information in die elektronische Patientenakte erfolgen.

Amtsgericht Berlin Charlottenburg
Registernummer VR 34413 B

Str.-Nr. 27/663/63141
UID DE183129654

Bankverbindung

Weberbank Berlin
IBAN DE52101201006106852044
BIC WELADED1WBB

Internet

www.krankenhaushygiene.de



Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V. DGKH

Geschäftsstelle

Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin
Telefon +49 30 8872737-30
Fax +49 30 8872737-37
E-Mail info@krankenhaushygiene.de

Vorstand

Präsident

Prof. Dr. Martin Exner, Bonn

*1. Vizepräsident, stellvertretender
Schatzmeister und Koordinator für
Internationale Beziehungen*

Prof. Dr. Walter Popp, Dortmund

2. Vizepräsidentin

PD Dr. med. habil. Sabine Gleich,
München

Schatzmeisterin

Dr. Friederike Lemm, Bochum

*Verantwortlicher für
Öffentlichkeitsarbeit*

Dr. Peter Walger, Bonn

5.4 Baulich-funktionelle Aspekte

Wegen der hohen Bedeutung von Abwasser-Reservoirien im direkten Umfeld von Patienten (Waschbecken, Duschabläufe, Toiletten) müssen zukünftig bei Neu- und Umbauten in Krankenhäusern die entsprechenden Kriterien der KRINKO- Empfehlungen konsequent umgesetzt werden.

Die Länder sollten hierbei ein baulich-funktionelles Unterstützungsprogramm für die medizinischen Einrichtungen in ihren Verantwortungsbereichen auflegen, wobei insbesondere die hochkritischen Stationen wie Neonatologie, Intensivmedizin, neurologische Früh-Rehabilitation, Hämato-Onkologie und Transplantationsmedizin prioritär gefördert werden sollten

5.5 Ausbruch-Management

Das Ausbruch-Management sollte optimiert werden und bei Auftreten von Erregern mit Carbapenemresistenten Erreger-Clustern verbindlich ein strukturiertes Ausbruch-Management durchgeführt werden.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sollten niederschwellig z.B. beim Robert-Koch-Institut gesammelt werden, um hieraus die wichtigsten Erkenntnisse auch für andere Kliniken verfügbar zu machen.

5.6 Gezielte Fortführung des Hygieneförderprogrammes zur Förderung von Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin sowie von Krankenhaushygienikern

Wegen der hohen Bedeutung qualifizierten ärztlich-hygienischen Sachverständes von Ärzten für Hygiene und Umweltmedizin sowie von Krankenhaushygienikern einerseits aber dem weiterhin bestehenden erheblichen Mangel an entsprechend ausgebildeten Fachärzten aufgrund fehlender Ausbildungsstätten im Gegensatz zu Hygienebeauftragten Ärzten und Hygienefachpflegekräften sollte das bisherige Hygieneförderprogramm gezielt auf die Ausbildung von Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin ausgerichtet und fortgeführt werden. Hierdurch wird die Sicherheit der Patientenversorgung vor Infektionen mit Antibiotika-resistenten Erregern gesteigert. Zudem wird auch der Öffentliche Gesundheitsdienst hiervon profitieren, der dringend ärztlichen hygienischen Sachverstand zur Bewältigung seiner vielfältigen Aufgaben u.a. auf dem Gebiet des Infektionsschutzes und der Öffentlichen Gesundheit benötigt.

Amtsgericht Berlin Charlottenburg
Registernummer VR 34413 B

Str.-Nr. 27/663/63141
UID DE183129654

Bankverbindung

Weberbank Berlin
IBAN DE52101201006106852044
BIC WELADED1WBB

Internet

www.krankenhaushygiene.de



Literatur

1. Patel J, Harant A, Fernandes G, et al. Measuring the global response to antimicrobial resistance, 2020-21: a systematic governance analysis of 114 countries. *Lancet Infect Dis* 2023;23:706-18.
2. Strukturelle und personelle Voraussetzungen für die Sicherung einer rationalen Antiinfektivverordnung in Krankenhäusern
Positionspapier der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) beim Robert Koch-Institut mit Beratung durch Fachgesellschaften
Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:749–760. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03152-5> Online publiziert: 28. Mai 2020 © Der/die Autor(en) 2020
3. S3- Leitlinie - Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus - AWMF-Registernummer 092/001 - update 2018
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/092-001>
4. Ausweitung der Meldepflicht für invasive Methicillin resistente Staphylococcus aureus (MRSA)-Infektionen auf alle invasiven Staphylococcus aureus Infektionen – unabhängig von der Resistenz des Erregers, 29.10.2019
https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/hm/2019_11_DGKH_Meldepflicht_HM.pdf

Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V. DGKH

Geschäftsstelle

Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin
Telefon +49 30 8872737-30
Fax +49 30 8872737-37
E-Mail info@krankenhaushygiene.de

Vorstand

Präsident

Prof. Dr. Martin Exner, Bonn

1. Vizepräsident, stellvertretender
Schatzmeister und Koordinator für
Internationale Beziehungen
Prof. Dr. Walter Popp, Dortmund

2. Vizepräsidentin

PD Dr. med. habil. Sabine Gleich,
München

Schatzmeisterin

Dr. Friederike Lemm, Bochum

Verantwortlicher für

Öffentlichkeitsarbeit
Dr. Peter Walger, Bonn

Amtsgericht Berlin Charlottenburg
Registernummer VR 34413 B

Str.-Nr. 27/663/63141
UID DE183129654

Bankverbindung

Weberbank Berlin
IBAN DE52101201006106852044
BIC WELADED1WBB

Internet

www.krankenhaushygiene.de