

Antibiotic Stewardship

Dr. med. Christian Lanckohr, EDIC

Antibiotic Stewardship (ABS)-Team
Institut für Hygiene



„KOLLATERALSCHÄDEN“

**Unzureichende Krankenhaushygiene,
nosokomiale Übertragung**



**Häufung von Kolonisation und Infektion mit
multiresistenten Erregern und Clostridien**



**Resistenzinduktion durch
Antibiotikaeinwirkung**



**Schädigung von Mikrobiomen
durch Antibiotikaeinwirkung**

ANTIBIOTIKA – PROBLEMATISCH?

- 25% der Patienten auf Normalstationen erhalten Antibiotika.
 - 50% der Patienten auf Intensivstationen erhalten Antibiotika.
 - Etwa 50% der Antibiotikaverordnungen sind nicht optimal.
 - Antibiotikaeinsatz bedingt eine Resistenzentwicklung.
 - Das Wissen über diese Zusammenhänge ist oft schlecht.
 - Die Verordnung von Antibiotika wird im Alltag als ungefährlich, trivial, letztlich unausweichlich und irgendwie „nicht der Rede wert“ empfunden.
 - Parallel hierzu wollen viele Verordner keine Einmischung in ihre klinische Praxis.
-

PROBLEME IM ALLTAG

- Zu wenig mikrobiologische Diagnostik,
Therapien bleiben empirisch (= breit).
- Oft wird ohne fassbare Indikation eine Therapie
begonnen, die man dann nicht verändern will.
- Gleichzeitig werden schwere Infektionen
(Sepsis) oft zu nachlässig angegangen.
- Die Substanzauswahl ist oft zu breit, es werden
ohne Grund MREs behandelt.
- Pharmakologische Aspekte werden kaum
beachtet: Dosis, Gewebepenetration, etc.
- Die Dauer der Therapie ist oft zu lang.
- Die Dokumentation des Infektionsmanagements
in Akte und Brief ist unzureichend.



A Multicenter Evaluation of Prolonged Empiric Antibiotic Therapy in Adult ICUs in the United States*

Zachariah Thomas, PharmD^{1,2}; Farooq Bandali, PharmD^{1,3}; Jayashri Sankaranarayanan, MPharm, PhD^{4,5}; Tom Reardon, MA⁶; Keith M. Olsen, PharmD, FCCP, FCCM⁴; on behalf of the Critical Care Pharmacotherapy Trials Network

- Punktprävalenz an 998 Patienten auf 67 Intensivstationen in den USA.
- 50% der Antibiotikaverordnungen wurden >72h fortgesetzt, auch wenn „CDC-Kriterien“ der Infektion nicht vorlagen.



“There is a pervasive belief that an error of commission (continued use of empiric antibiotics absent evidence of infection) is somehow better or safer than an error of omission (ceasing antibiotic therapy when there is some chance - however slim - that the patient might benefit).”

Thomas Z. *Crit Care Med* (2015); 43(12): 2527-34

Rimawi RH. *Crit Care Med* (2015); 43(12): 2675-6

Seven Ways to Preserve the Miracle of Antibiotics

John G. Bartlett,¹ David N. Gilbert,² and Brad Spellberg³

¹Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland; ²Department of Medical Education, Providence Portland Medical Center, Portland, Oregon; and ³Liu Vaccine Center, Torrance, California

- Verbrauchssurveillance
- Einschränkung des Antibiotikaeinsatzes in der Tierzucht
- Krankenhaushygiene
- Antibiotic Stewardship
- Molekulare Diagnostik
- Veränderung der Zulassungsverfahren
- Unterstützung der Neuentwicklung, „Public-Private-Partnership“

Bartlett JG. *Clin Infect Dis* (2013); 56(10):1445-50

Antibiotic Stewardship (ABS) verfolgt durch optimierten Einsatz von Antibiotika und diagnostischen Mitteln folgende Ziele:

- Vermeidung und Verlangsamung der Resistenzentwicklung
- Schützen der kostbaren Ressource „Antibiotikum“
- Verringerung der Nebenwirkungen der Therapie
- Verringerung von Morbidität und Mortalität
- Verkürzung des Krankenhausaufenthalts
- Einsparung unnötiger Kosten (wenn es gut läuft)

Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America Guidelines for Developing an Institutional Program to Enhance Antimicrobial Stewardship

Timothy H. Dellit,¹ Robert C. Owens,² John E. McGowan, Jr.,³ Dale N. Gerding,⁴ Robert A. Weinstein,⁵ John P. Burke,⁶ W. Charles Huskins,⁷ David L. Paterson,⁸ Neil O. Fishman,⁹ Christopher F. Carpenter,¹⁰ P. J. Brennan,⁹ Marianne Billeter,¹¹ and Thomas M. Hooton¹²

- Interdisziplinärer Ansatz
- Infrastrukturelle Verbesserung von Infektionsmanagement
- Beratung von Klinikern
- Qualitätssicherung

Dellit TH. *Clin Infect Dis* (2007); 44: 159-77

Clinical Infectious Diseases

IDSA GUIDELINE



Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America

Tamar F. Barlam,^{1,*} Sara E. Cosgrove,^{2,*} Lilian M. Abbo,³ Conan MacDougall,⁴ Audrey N. Schuetz,⁵ Edward J. Septimus,⁶ Arjun Srinivasan,⁷ Timothy H. Dellit,⁸ Yngve T. Falck-Ytter,⁹ Neil O. Fishman,¹⁰ Cindy W. Hamilton,¹¹ Timothy C. Jenkins,¹² Pamela A. Lipsett,¹³ Preeti N. Malani,¹⁴ Larissa S. May,¹⁵ Gregory J. Moran,¹⁶ Melinda M. Neuhauser,¹⁷ Jason G. Newland,¹⁸ Christopher A. Ohi,¹⁹ Matthew H. Samore,²⁰ Susan K. Seo,²¹ and Kavita K. Trivedi²²

„Antibiotic Stewardship has been defined as coordinated interventions designed to improve and measure the appropriate use of antibiotic agents by promoting the selection of the optimal antibiotic drug regimen including dosing, duration of therapy, and route of administration“

S3-Leitlinie

Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus

AWMF-Registernummer 092/001

S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI) (federführend)

in Zusammenarbeit mit den folgenden Fachgesellschaften/Verbänden/Institutionen:

Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA)

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)

Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. (PEG)

Arbeitsgemeinschaft Österreichischer Krankenhausapotheker (AAHP)

Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (ÖGIT)

Österreichische Gesellschaft für antimikrobielle Chemotherapie (ÖGACH)

Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Dr. Dr. Katja de With¹, Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger², Dr. Steffen Amann³, Univ.-Doz. Dr. Petra Apfalter⁴, Prof. Dr. Hans-Reinhard Brodt⁵, Dr. Tim Eckmanns⁶, Dr. Matthias Fellhauer⁷, Prof. Dr. med. Heinrich K. Geiss⁸, Dr. Oskar Janata⁹, Univ.-Prof. Dr. Robert Krause¹⁰, Prof. Dr. Sebastian Lemmen¹¹, Priv.-Doz. Dr. Elisabeth Meyer¹², Prim. Univ.-Prof. Dr. Helmut Mittermayer (†)¹³, Mag. pharm. Dr. Ulrike Porsche¹⁴, Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Presterl¹⁵, Prof. Dr. Stefan Reuter¹⁶, Prof. Dr. Dr. Bhanu Sinha¹⁷, Priv.-Doz. Dr. Richard Strauß¹⁸, Dr. Agnes Wechsler-Fördös¹⁹, Univ.-Doz. Dr. Christoph Wenisch²⁰, Univ.-Prof. Dr. Winfried V. Kern²¹

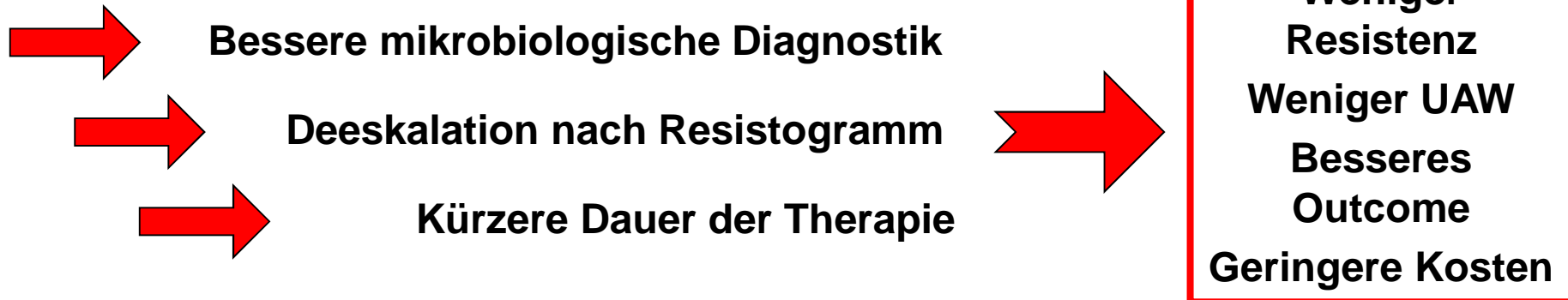
- Das Wissen des „normalen“ Arztes über infektiologische Zusammenhänge scheint unzureichend: reichlich unnötiger Antibiotikaeinsatz, Resistenzentwicklung, etc.
- Fachwissen ist an anderer Stelle vorhanden, steht bettseitig aber nicht regelhaft zur Verfügung: Mikrobiologie, Hygiene, Apotheke, Infektiologie
- Eine Bündelung der Qualifikationen scheint sinnvoll.
- Infektionsmanagement umfasst Bereiche, die über die bettseitige Therapie hinausgehen: Resistenzstatistik, Verbrauchssurveillance von Antiinfektiva, Surveillance von nosokomialen Infektionen, etc.

ABS bringt im Rahmen einer Visite interdisziplinäre Expertise ans Krankenbett!

ABS bettet Infektionsmanagement in größere Zusammenhänge ein und optimiert die lokale Infrastruktur!

INSTRUMENTE VON ABS

- Interdisziplinäre Visite auf Station: Verordnungen werden gemeinsam überprüft und Verbesserungsvorschläge gemacht („*audit and feedback*“).
- Vielleicht auch: bestimmte Substanzen sind nur nach vorheriger Autorisierung erhältlich („*restriction and pre-approval*“).
- Und auf jeden Fall: kontinuierliche Weiterbildung zum Thema Antibiotika, Resistenz, Hygiene (Seminare, Erstellung von Standards, etc.).



Current evidence on hospital antimicrobial stewardship objectives: a systematic review and meta-analysis

Emelie C Schuts, Marlies E J L Hulscher, Johan W Mouton, Cees M Verduin, James W T Cohen Stuart, Hans W P M Overdiek, Paul D van der Linden, Stephanie Natsch, Cees M P M Hertogh, Tom F W Wolfs, Jeroen A Schouten, Bart Jan Kullberg, Jan M Prins

Definitions		<u>Letalität</u>
<u>Empirical therapy according to the guidelines</u>	Empirical systemic antibiotic therapy prescribed according to local guide or national guidelines*	-35%
Blood cultures	Take at least two sets of blood cultures before starting systemic antibiotic therapy	
Cultures from the site of infection	Take cultures from suspected sites of infection, preferably before starting systemic antibiotic therapy	-56%
<u>De-escalation of therapy</u>	Change to narrow-spectrum antibiotic or stop antibiotics as soon as culture results are available ¹⁰⁻¹³	
Adjustment of therapy to renal function	Adjustment of dose and dosing interval of systemic antibiotics	
Switch from intravenous to oral therapy	Switch after 48-72 h, when the clinical condition of the patient is stable, oral intake and gastrointestinal absorption are adequate, and when sufficiently high concentrations in blood with a suitable oral antibiotic can be achieved ^{10,14,15}	
Documented antibiotic plan	Documented antibiotic plan should include indication, drug name and dose, and administration route and interval, and should be included in the case notes at the start of systemic antibiotic treatment	-40- 60%
Therapeutic drug monitoring	NA	
Discontinuation of antibiotic therapy if infection is not confirmed	Discontinuation of empirical treatment based on lack of clinical or microbiological evidence of infection†	
Presence of a local antibiotic guide	Local antibiotic guide present in the hospital and assessed for update every 3 years	
Local antibiotic guide in agreement with national antibiotic guidelines	Corresponds for all features but can deviate on the basis of local resistance patterns	
List of restricted antibiotics	Removal of specific antibiotics from the formulary or restriction of use by requiring preauthorisation by a specialist (infectious diseases or medical microbiology) or allowing use for only 72 h with mandatory approval for further use; studies in outbreak settings excluded	
<u>Bedside consultation</u>	Formal consultation by an infectious disease specialist leading to written comments and advice on treatment based on physical examination and review of medical records (informal consultation, for example by telephone, does not count as bedside consultation)	
Assessment of patients' adherence	NA	

Schuts EC. *Lancet Infect Dis* (2016) 16:847-56

Authors' conclusions

We found high-certainty evidence that interventions are effective in increasing compliance with antibiotic policy and reducing duration of antibiotic treatment. Lower use of antibiotics probably does not increase mortality and likely reduces length of stay. Additional trials comparing antibiotic stewardship with no intervention are unlikely to change our conclusions. Enablement consistently increased the effect of interventions, including those with a restrictive component. Although feedback further increased intervention effect, it was used in only a minority of enabling interventions. Interventions were successful in safely reducing unnecessary antibiotic use in hospitals, despite the fact that the majority did not use the most effective behaviour change techniques. Consequently, effective dissemination of our findings could have considerable health service and policy impact. Future research should instead focus on targeting treatment and assessing other measures of patient safety, assess different stewardship interventions, and explore the barriers and facilitators to implementation. More research is required on unintended consequences of restrictive interventions.

Editorial

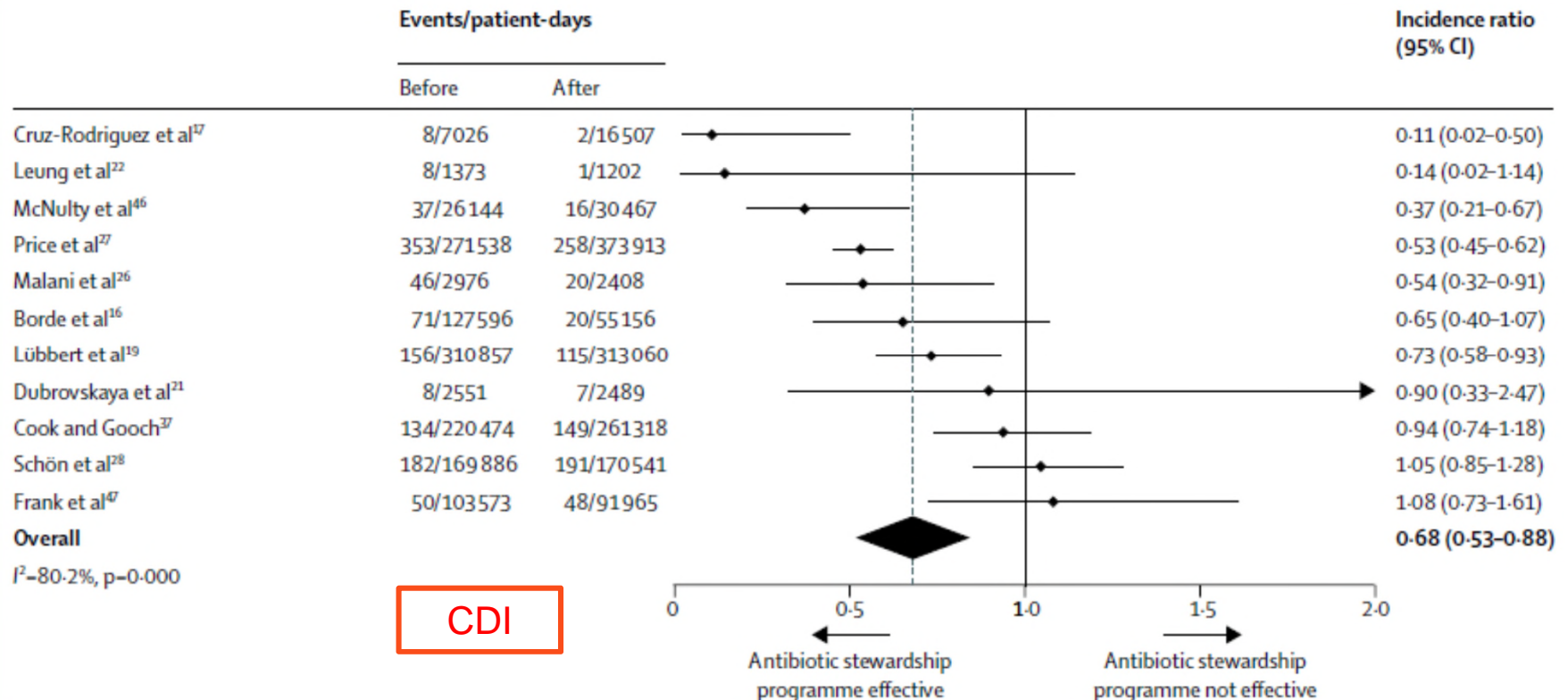
Antimicrobial stewardship: we know it works; time to make sure it is in place everywhere

Diamantis Plachouras, Susan Hopkins

Antimicrobial stewardship is effective and safe. We need to ensure that it is implemented, and this Cochrane Review highlights two key delivery methods. Political commitment and adequate funding will be essential if antimicrobial stewardship is to be implemented in every healthcare setting.

Effect of antibiotic stewardship on the incidence of infection and colonisation with antibiotic-resistant bacteria and *Clostridium difficile* infection: a systematic review and meta-analysis

David Baur*, Beryl Primrose Gladstone*, Francesco Burkert, Elena Carrara, Federico Foschi, Stefanie Döbele, Evelina Tacconelli



Baur D. *Lancet Infect Dis.* (2017); 17(9): 990-1001


ABS AUCH HIER?



CONFERENCE REPORTS AND EXPERT PANEL

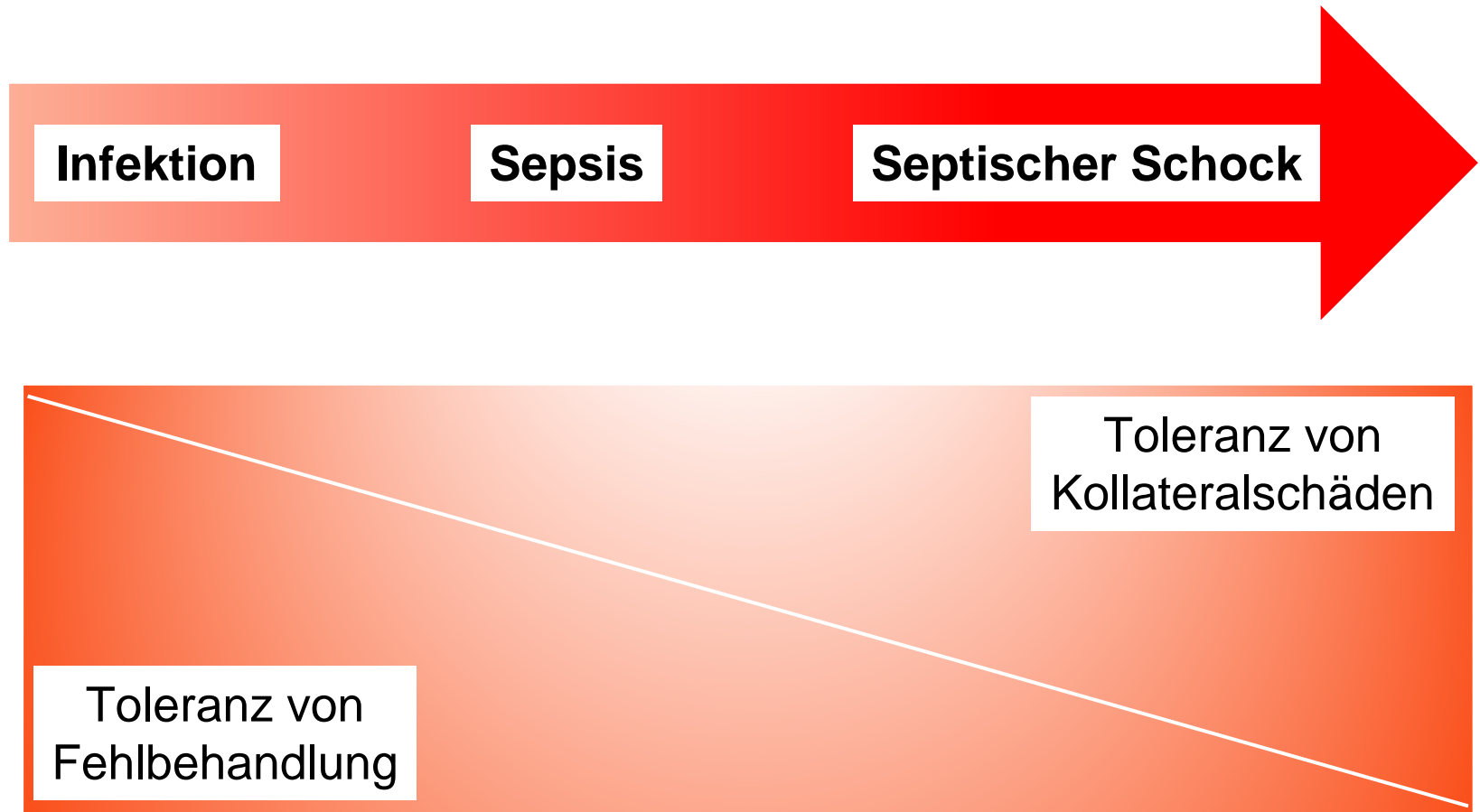


Antimicrobial resistance and antibiotic stewardship programs in the ICU: insistence and persistence in the fight against resistance. A position statement from ESICM/ESCMID/WAAAR round table on multi-drug resistance

Jan J. De Waele^{1*}, Murat Akova², Massimo Antonelli³, Rafael Canton⁴, Jean Carlet⁵, Daniel De Backer⁶, George Dimopoulos⁷, José Garnacho-Montero⁸, Jozef Kesecioglu⁹, Jeffrey Lipman^{10,11}, Mervyn Mer^{11,12}, José-Artur Paiva¹³, Mario Poljak¹⁴, Jason A. Roberts¹⁵, Jesus Rodriguez Bano¹⁶, Jean-François Timsit^{17,18}, Jean-Ralph Zahar^{18,19} and Matteo Bassetti²⁰

“Antimicrobial stewardship programs, an integrated approach where all stakeholders involved in the management of patients with infections collaborate to improve outcome of patients and decrease AMR are crucial, and should be mandatory in every hospital and supported by governmental health agencies.”

DAS BEHANDLUNGS-DILEMMA



DIE TARRAGONA-STRATEGIE

Hit Early!

**Look at your
patient!**

**Listen to your
hospital!**

Hit hard!

Get to the point!

Focus, focus, focus!

D. ANTIMICROBIAL THERAPY

3. We recommend that empiric antimicrobial therapy be narrowed once pathogen identification and sensitivities are established and/or adequate clinical improvement is noted (BPS).
4. We recommend against sustained systemic antimicrobial prophylaxis in patients with severe inflammatory states of noninfectious origin (e.g., severe pancreatitis, burn injury) (BPS).

7. We suggest that combination therapy not be routinely used for ongoing treatment of most other serious infections, including bacteremia and sepsis without shock (weak recommendation, low quality of evidence).

Remarks: This does not preclude the use of multidrug therapy to broaden antimicrobial activity.

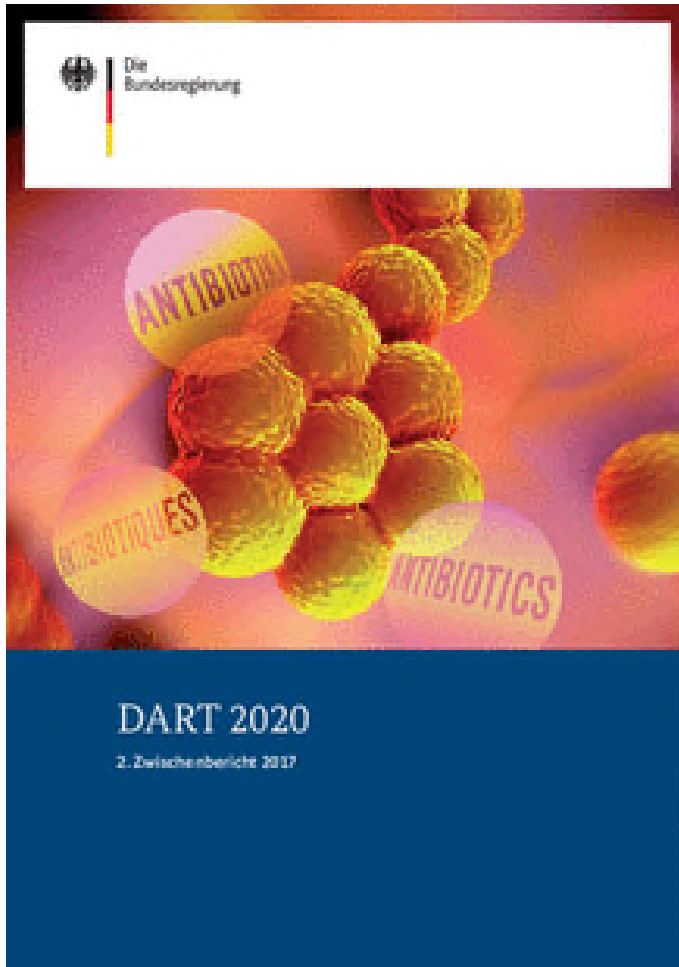
8. We recommend against combination therapy for the routine treatment of neutropenic sepsis/bacteremia (strong recommendation, moderate quality of evidence).

Rhodes A. *Crit Care Med* (2017); 45(3)

9. If combination therapy is used for septic shock, we recommend de-escalation with discontinuation of combination therapy within the first few days in response to clinical improvement and/or evidence of infection resolution. This applies to both targeted (for culture-positive infections) and empiric (for culture-negative infections) combination therapy (BPS).
10. We suggest that an antimicrobial treatment duration of 7 to 10 days is adequate for most serious infections associated with sepsis and septic shock (weak recommendation, low quality of evidence).
11. We suggest that longer courses are appropriate in patients who have a slow clinical response, undrainable foci of infection, bacteremia with *Staphylococcus aureus*, some fungal and viral infections, or immunologic deficiencies, including neutropenia (weak recommendation, low quality of evidence).
12. We suggest that shorter courses are appropriate in some patients, particularly those with rapid clinical resolution following effective source control of intra-abdominal or urinary sepsis and those with anatomically uncomplicated pyelonephritis (weak recommendation, low quality of evidence).
13. We recommend daily assessment for de-escalation of antimicrobial therapy in patients with sepsis and septic shock (BPS).
14. We suggest that measurement of procalcitonin levels can be used to support shortening the duration of antimicrobial therapy in sepsis patients (weak recommendation, low quality of evidence).
15. We suggest that procalcitonin levels can be used to support the discontinuation of empiric antibiotics in patients who initially appeared to have sepsis, but subsequently have limited clinical evidence of infection (weak recommendation, low quality of evidence).

Umsetzung von ABS

DIE BASIS: DART 2020



„Die DART 2020 bündelt Maßnahmen, die zur Reduzierung von Antibiotika-Resistenzen erforderlich sind. Dabei steht die sektorübergreifende Zusammenarbeit (One-Health-Ansatz) im Vordergrund. Um diesem One-Health-Ansatz gerecht zu werden, adressieren alle Ziele der DART 2020 Human- und Veterinärmedizin gleichermaßen.“

[Kontakt](#) | [Inhalt](#) | [Hilfe](#) | [Impressum](#) | [Datenschutz](#) | [RSS](#) | [English](#) | [Schriftgröße A+ A-](#)

Gebärdensprache
 Leichte Sprache

Institut

Gesundheitsmonitoring

Infektionsschutz

Forschung

Kommissionen

Service

Startseite > Kommissionen > Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie

Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie

- Mitgliedschaft
- Positionspapiere
- Geschäftsstelle
- Geschäftsordnung
- Weitere Dokumente

Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie

Die Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) wurde auf der Grundlage des am 4. August 2011 in Kraft getretenen "Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze" gemäß § 23 Absatz 2 Infektionsschutzgesetz eingerichtet.

Der zunehmenden Bedeutung von resistenten Krankheitserregern wird bereits in der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) Rechnung getragen. Dem fachgerechten Gebrauch von Antiinfektiva kommt eine wichtige Rolle zu, um der Entstehung und Weiterverbreitung von resistenten Erregern vorzubeugen.

Aufgabe der Kommission ART ist es, Empfehlungen für Standards zu Diagnostik und Therapie von Infektionskrankheiten nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft zu erarbeiten.

Infektionskrankheiten A-Z ▼
Gesundheit A-Z ▼

„Das Robert Koch-Institut wird bei der Ausübung fachlicher und regulatorischer Aufgaben von [...] Kommissionen beraten. Die Kommissionen setzen sich aus Experten unterschiedlicher fachlicher Disziplinen zusammen.“

WAS DENKT DIE ART-KOMMISSION?

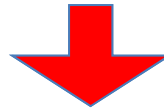
Voraussetzungen und Strategien für die erfolgreiche Implementierung infektiologischer Leitlinien - Positionspapier der Kommission ART

Positionspapier der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) beim Robert Koch-Institut

„Das Vorhandensein eines ABS-Teams erhöht das Bewusstsein über die Verfügbarkeit lokaler Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie und verbessert dadurch die Adhärenz an nationale Leitlinien.“

[...]

„Entscheidend für die Wirkung einer Leitlinie ist ihre möglichst nachhaltige Implementierung.“




Man arbeitet an Empfehlungen zu strukturellen und personellen Voraussetzungen für die Sicherung einer rationalen Antiinfektiva-Verordnung in Krankenhäusern.

Empfehlungen


- Einrichtung einer Antiinfektivakommission
- ABS-Team mit mindestens einem Kliniker und einem Apotheker, ABS-Teamleitung durch einen Infektiologen oder geschulten Kliniker, Deputat für Aktivitäten des ABS-Teams in Höhe von 0,5 – 1,5 Vollkräften pro 250 Betten, EDV-Unterstützung, Jahresbericht des ABS-Teams
- explizite Benennung eines Apothekers mit Verantwortlichkeit für den Bereich Antiinfektiva
- Erstellung und Pflege lokaler Leitlinien
- lokale Sonderrezeptregelung für Antiinfektiva und/oder Empfehlungen für die Reevaluation der Antiinfektivaverordnung
- Dokumentation von Behandlungsindikation, Substanzwahl, Applikation und geplanter Behandlungsdauer in der Krankenakte
- Verfügbarkeit von Erreger- und Resistenzstatistiken sowie Berichten über den Antiinfektivaverbrauch, Verwendung infektiologischer Qualitätsindikatoren
- Prüfung der perioperativen Prophylaxe (Substanzwahl, Timing, Dauer)
- Verfügbarkeit von Online-Entscheidungshilfen mit Relevanz für den Einsatz von Antiinfektiva
- patientennahe mikrobiologische Labordiagnostik mit Rund-um-die-Uhr-Diensten bei Notfallpatienten, Verfügbarkeit von Schnell- bzw. POC-Diagnostik mit Relevanz für den Antiinfektivaeinsatz
- Verwendung unterschiedlicher Instrumente mit unterschiedlichen Adressaten zur Optimierung der Verschreibungsqualität wie z. B. Fortbildung der Verordner, Informationsbroschüren und Informationskampagnen für Patienten und ärztliche Schulung in Kommunikation

ABS-AUFGABEN LAUT CDC



Core Elements
of Hospital Antibiotic
Stewardship Programs

National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases
Division of Healthcare Quality Promotion



Summary of Core Elements of Hospital Antibiotic Stewardship Programs

- **Leadership Commitment:** Dedicating necessary human, financial and information technology resources.
- **Accountability:** Appointing a single leader responsible for program outcomes. Experience with successful programs show that a physician leader is effective.
- **Drug Expertise:** Appointing a single pharmacist leader responsible for working to improve antibiotic use.
- **Action:** Implementing at least one recommended action, such as systemic evaluation of ongoing treatment need after a set period of initial treatment (i.e. “antibiotic time out” after 48 hours).
- **Tracking:** Monitoring antibiotic prescribing and resistance patterns.
- **Reporting:** Regular reporting information on antibiotic use and resistance to doctors, nurses and relevant staff.
- **Education:** Educating clinicians about resistance and optimal prescribing.

S H E A W H I T E P A P E R

Guidance for the Knowledge and Skills Required for Antimicrobial Stewardship Leaders

Sara E. Cosgrove, MD, MS;¹ Elizabeth D. Hermsen, PharmD, MBA;² Michael J. Rybak, PharmD, MPH;³
Thomas M. File Jr, MD;⁴ Sarah K. Parker, MD;⁵ Tamar F. Barlam, MD⁶

Antimicrobial stewardship programs are increasingly recognized as critical in optimizing the use of antimicrobials. Consequently, more physicians, pharmacists, and other healthcare providers are developing and implementing such programs in a variety of healthcare settings. The purpose of this guidance document is to outline the knowledge and skills that are needed to lead an antimicrobial stewardship program. It was developed by antimicrobial stewardship experts from organizations that are engaged in advancing the field of antimicrobial stewardship.

clinics. Furthermore, skills beyond medical infectious diseases and microbiology knowledge are critical in starting and maintaining an ASP, such as understanding how to implement change and how to measure the success of a program.

Infect Control Hosp Epidemiol 2014;35(12):1444-1451

ABS – ANSICHTEN DER EU



PHARMACISTS

Pharmacists in community and hospital settings have expertise in medicines and are the gatekeepers to the use of antimicrobials. As such, pharmacists can act as an important source of advice and information for patients and prescribers on the safe, rational and effective use of antimicrobials (including on side effects, adherence, adverse drug reactions, cautions & contra-indications, interactions, storage & disposal and rationale for treatment). To this end, they need to be provided

EU Guidelines
for the
prudent use of
antimicrobials
in human
health

Antimicrobial stewardship

is an organisational or healthcare system-wide approach to promoting and monitoring judicious use of antimicrobials to preserve their future effectiveness¹⁰.

Antimicrobial stewardship programmes

are coordinated programmes that implement interventions to ensure appropriate antimicrobial prescribing¹¹.



Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)

§ 23 Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder

(4) Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulant Operieren haben sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Darüber hinaus haben die Leiter sicherzustellen, dass die nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufgezeichnet, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden und dass die erforderlichen Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Die Aufzeichnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.

Weiterbildung im ABS – wie findet man qualifiziertes Personal?

- Die Kurse der DGI („Freiburg“) sind traditionell überbucht, der Zugang wird mittlerweile reglementiert.
 - Das konkurrierende Angebot der DGKH („Bonn“) war nicht unbedingt einvernehmlich, hat aber zusätzliche Kapazitäten geschaffen.
 - Es wird mittlerweile als problematisch angesehen, dass viele Teilnehmer die Kurse „*nur für sich selber*“ machen und keine ABS-Aktivitäten in ihren Kliniken beginnen.
 - Immer wieder wird die Ansicht geäußert, dass die ABS-Kurse die Teilnehmer eigentlich gar nicht qualifizieren und die Absolventen dann trotzdem „*Infektiologie-light*“ betreiben würden.
 - Die Bundesärztekammer sieht einen immensen Bedarf an Weiterbildungskapazitäten und hat darauf reagiert:
-

ABS-CURRICULUM DER BÄK



Strukturierte curriculare Fortbildung

„Antibiotic Stewardship (ABS)“

Rationale Antiinfektivastrategien

Entsprechend der Leitlinie sollen die Mitglieder des ABS-Teams im Bereich Antibiotic Stewardship fortgebildet sein oder bereits über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen verfügen, wie sie einschlägige Fachärzte (Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin sowie Facharzt mit Zusatzbezeichnung Infektiologie) besitzen.

Bis zum Erreichen eines ausreichenden Ausbaus der klinischen Infektiologie stellen die mit dem vorliegenden Curriculum erworbenen Qualifikationen „ABS-beauftragter Arzt“ und „ABS-Experte“ eine Übergangslösung dar. Das Curriculum ermöglicht es, den in klinischen Einrichtungen tätigen Ärzten über die Fortbildung eine Befähigung zur Ausübung der gemäß der deutschen Resistenzstrategie geforderten Funktionen zu erlangen. Es dient der Befähigung zur Ausübung der Funktion des ABS-Beauftragten Arztes bzw. des ABS-Experten im ABS-Team.

Darüber hinaus sollen in den kommenden Jahren die Strukturen im Bereich der klinischen Infektiologie, Hygiene und Mikrobiologie wie z. B. Lehrstühle, Ausbau von klinischen Abteilungen und Konsiliardiensten so gefördert werden, dass die Aufgaben im Bereich der rationalen Antiinfektivastrategien künftig durch ausreichend verfügbare klinisch qualifizierte Fachärzte wahrgenommen werden können.

Die Übernahme einer Leitungsfunktion im ABS-Team setzt neben der erfolgreich abgeschlossenen Teilnahme an der vorliegenden strukturierten curricularen Fortbildung eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt voraus.

Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin sowie Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Infektiologie haben die erforderlichen Kompetenzen als ABS-Experte oder als ABS-beauftragter Arzt bereits im Rahmen ihrer Weiterbildung erworben.

1. Auflage:
Berlin, November 2017

Herausgeber:
Bundesärztekammer

- Es wird von einer Übergangslösung gesprochen, bis genug Infektiologen und Mikrobiologen vorhanden sind.
- ABS ist kein geschützter Begriff, der Wert eines „Experten“-Zertifikats ist kaum definiert.
- Niemand weiß, wie die Krankenhäuser damit umgehen werden.
- Es ist unklar, wie es mit „Freiburg“ und „Bonn“ weitergeht.

Curriculum „Antibiotic Stewardship (ABS)“		184 - 200 h
Grundkurs zum ABS-Beauftragten		
Modul I	<u>Antiinfektiva</u> : Grundlagen, Mikrobiologie, Pharmakologie	40 h
Aufbaukurse zum ABS-Experten		
Modul II	<u>Infektiologie</u> : Epidemiologie, Diagnostik, Leitlinien, Prävention	40 h
Modul III	<u>ABS</u> : Ziele, Voraussetzungen, Surveillance, Interventionen, Qualitätsmanagement	40 h
Modul IV	<u>Projektarbeit</u> zur Umsetzung von Antibiotika-Strategien: ABS-Strukturen, ABS-Maßnahmen, ABS-Controlling	44 h
Modul V	<u>Kolloquium</u> mit gegenseitiger Vorstellung und Diskussion der Projektarbeiten mit mindestens 10 Teilnehmern zu den Themenfeldern: ABS-Strukturen, ABS-Maßnahmen, ABS-Controlling	20 - 36 h

- Die „Infektiologen“ (DGI) argumentieren, dass sie eigentlich die größten Kompetenzen im Infektionsmanagement besitzen.
- Die Mikrobiologen denken das eigentlich auch, da sie die Diagnostik machen.
- Antibiotic Stewardship wird als Zwischenlösung abqualifiziert, die sich erledigen wird, wenn endlich genug Infektiologen ausgebildet wurden.
- Apotheker werden hierbei weitgehend ausgeklammert.
- Die Interdisziplinarität in der klinischen Beratung wird in Deutschland völlig anders dargestellt, als in anderen Ländern.

Was ist eigentlich ein „Infektiologe“?

Infektiologie

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Infektiologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung und konservative Behandlung erregerbedingter Erkrankungen.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Infektiologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung im Gebiet Innere Medizin oder Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin

Weiterbildungszeit:

12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Infektiologie gemäß § 5 Absatz 1 Satz 2, davon können

- 6 Monate während der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie bei einem Weiterbildungsbefugten für Infektiologie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 abgeleistet werden.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Epidemiologie, Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von septischen, zyklischen und lokalen Infektionen einschließlich deren Manifestationen und Komplikationen
- der antimikrobiellen Chemotherapie
- der Erkennung und Behandlung importierter und einheimischer Infektionskrankheiten insbesondere nosokomialer und opportunistischer Infektionen einschließlich schwerer Organinfektionen und der Sepsis
- der Erkennung und Behandlung assoziierter Infektionssyndrome bei immunsuppressiven Zuständen
- der Seuchenmedizin

PROBLEM 1: DURCHEINANDER

Fort- & Weiterbildung

Eine fachärztliche Weiterbildung und Anerkennung als Infektiologe wurde seit den frühen 80er Jahren immer wieder bei den Deutschen Ärztetagen beantragt. Im Rahmen der Bemühungen um berufliche Freizügigkeit und Harmonisierung der Weiterbildung in Europa wurde seitens des europäischen Fachärzteverbands (UEMS) ein europäisches Mustercurriculum entworfen.

In Deutschland gab es nach der Wende in diesem Sinn eine Anerkennung als Internist und Infektiologe nur in Mecklenburg-Vorpommern. Die DGI hat daher im Vorfeld weiterer Entwicklungen ein Curriculum entworfen, was internationalem Standard entspricht, und dies 2002 – in Abwesenheit einer bundesweiten Anerkennung – zur **gesellschaftseigenen Zertifizierung »Infektiologe (DGI)«** angeboten. Einen ähnlichen Weg sind die Pädiater gegangen. Die Anerkennung als Diabetologe (DDG) ist ebenfalls hiermit vergleichbar.

2003 wurde schließlich auch seitens der Bundesärztekammer die Infektiologie in die (Muster-) Weiterbildungsordnung aufgenommen, und zwar als **Zusatzbezeichnung** für Internisten und Pädiater nach 1-jähriger Weiterbildung. Die Mehrheit der Landesärztekammern ist diesem Vorschlag in den Folgejahren gefolgt. In einigen Regionen steht die Zusatzweiterbildung auch Allgemeinmedizinem offen (z.B. Hessen, Berlin) oder allen Fachärzten in einem Gebiet der unmittelbaren Krankenversorgung (z.B. Anästhesiologie oder Dermatologie) (z.B. Bayern). In Mecklenburg-Vorpommern gibt es nach wie vor den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie (Schwerpunktweiterbildung). Diese uneinheitliche Regelung, die zudem noch unter den europäischen Standards angesiedelt ist, entspricht nicht unseren Vorstellungen. Die DGI – ähnlich wie die DGPI – hält daher bis auf Weiteres an der Option einer eigenen Zertifizierung fest.

<http://www.dgi-net.de/fort-und-weiterbildung/>

PROBLEM 2: ZWEIKLASSEN-MEDIZIN



Zertifizierung »Infektiologe (DGI)«

So können Sie sich als »Infektiologe (DGI)« zertifizieren lassen

Eine Verankerung der Infektiologie in der Weiterbildungsordnung der deutschen Ärzteschaft ist ein wesentliches Ziel der DGI. Viele Versuche bei früheren Deutschen Ärztetagen in diese Richtung waren allerdings nicht erfolgreich.

2001 wurde mit der Berufung von Winfried V. Kern in die Sektion Infektiologie des europäischen Fachärzteverbandes eine neue Politik verfolgt: die **gesellschaftseigene Zertifizierung**. Das damalige Curriculum (2008 überarbeitet) wurde in Anlehnung an das europäische Mustercurriculum und das Schweizer Curriculum entwickelt. Diese neue Qualifikation (verfügbar seit 2002) sollte primär als Ersatz für die in vielen Bundesländern damals nicht verwirklichte Verankerung der Weiterbildung Infektiologie in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern dienen. Damit sollte auch die ansonsten schwer beeinträchtigte Chancengleichheit für Weiterbildungswillige als auch Weiterbilder gefördert werden.

Aufgrund der als mit europäischen Standards nicht kompatibel bewertbaren 1-jährigen Zusatzweiterbildung Infektiologie der Ärztekammern hat die DGI beschlossen, die DGI-eigene Zertifizierung zum »**Infektiologen (DGI)**« vorläufig beizubehalten.

Durch Gründung der **Akademie für Infektionsmedizin e.V.** 2011 wurde ein Schritt in Richtung Qualitätssicherung in diesem Bereich gegangen. U.a. wird für Kollegen, die ihre Weiterbildung nicht an einem „Zentrum für Infektiologie (DGI)“ ableisten können, das Durchlaufen eines Curriculums (Kurssystem und Praktika/interaktive Veranstaltungen) mit spezifischen infektiologischen Fortbildungspunkten (iCME) gefordert.

<http://www.dgi-net.de/fort-und-weiterbildung/weiterbildung-infektiologe-dgi/>

MAN SCHREIBT POSITIONS-PAPIERE

Infektionsmedizin in Deutschland

Eine Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Infektionsmedizin

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)



Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)



Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH)



Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)



Gesellschaft für Virologie (GfV)



Infektionskrankheiten stellen Gesellschaft und Medizin vor schwierige Aufgaben. Die Globalisierung gesundheitlicher Risiken durch die weltweite Verbreitung von Multiresistenzen, neu auftretende Infektionen (SARS, MERS, Ebola, Influenza etc.), die fehlende Kontrolle weltweiter Epidemien (HIV, Tuberkulose) aber auch die wachsende Zahl immunkompromittierter Personen mit schweren Infektionen sind Beispiele für aktuelle Herausforderungen. Die Versorgung von Patienten mit Infektionskrankheiten und der

Infektionsmedizin umfasst die drei Kernbereiche Klinische Versorgung (inkl. Diagnose und Behandlung) von Patienten mit Infektionskrankheiten, Mikrobiologische Diagnostik sowie Prävention und Kontrolle von Infektionen. Hinzu kommt die klinische Forschung (Studien) im Bereich der Infektionsmedizin.

Erregerdiagnostik und Infektionsepidemiologie (Mikrobiologie, Virologie) sowie Prävention und Kontrolle (Hygiene) sind als eigenständige Fachdisziplinen wissenschaftlich und strukturell etabliert und in der ärztlichen Weiterbildung verankert. Die Infektiologie (klinische Diagnostik, Behandlung, Nachsorge) ist dagegen nur in wenigen Krankenhäusern und Universitäten als eigenständige Disziplin vertreten, und die Regelungen zur fachärztlichen Weiterbildung sind bisher sehr uneinheitlich. Klinisch-infektiologische Expertise ist somit in Deutschland nicht ausreichend vorhanden. Infektiologie wird

INFEKTIOLOGIE

Kli

Die fachliche
Infektionsmedizin
werden

Gesamtkonzept Infektionsmedizin

1. Entwicklung einer Zusatzqualifikation „Klinische Infektionsmedizin“ für klinische Disziplinen und für Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie für Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin sowie Integration der ABS-Experten-Fortbildung in die ärztliche Weiterbildung.
2. Etablierung des Facharztes für innere Medizin und Infektiologie beziehungsweise für Pädiatrie und Infektiologie als Schwerpunktdisziplinen und rasche Herstellung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Weiterbildungskapazität.
3. Stärkere Integration der Mikrobiologie, der Virologie, der Hygiene, der klinischen Pharmazie und der Infektiologie bereits in die studentische Ausbildung, in die ärztliche Fort- und Weiterbildung und in die klinische Versorgung und Wissenschaft (z. B. [Modell-]Zentren für Infektionsmedizin).
4. Umsetzung der Leitlinienempfehlung und der darauf aufbauenden Konkretisierung durch die Empfehlung der Kommission ART bezüglich struktureller und personeller Voraussetzungen zur Sicherstellung eines rationalen Antiinfektiva-Einsatzes an Allgemeinkrankenhäusern.

existen
leistet

Zusatz-Weiterbildung Klinische Infektionsmedizin

Zeilen-Nr.		Anmerkungen/ Fragestellungen
1	Definition Die Zusatz-Weiterbildung Klinische Infektionsmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung erreg器bedingter Erkrankungen sowie die interdisziplinäre Beratung bei Fragen, die Infektionskrankheiten oder deren Ausschluss betreffen.	
2	Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder in Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder in Hygiene und Umweltmedizin	
3	Weiterbildungszeit 12 Monate Klinische Infektionsmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten	

- Ein zentrales Anliegen der Bundesärztekammer ist eine „kompetenzbasierte“ Weiterbildung.
- Die regionalen Ärztekammern müssen nun im Einzelfall prüfen, ob die Kompetenzen auch erworben wurden.

Zeilen-Nr.	Weiterbildungsblock	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahlen sofern gefordert	Anmerkungen/ Fragestellungen
4	Infektionsprävention und Infektionsschutz	Individuelle und öffentliche Infektionsprävention, Prävention der Übertragung infektiöser Erreger			
5			Meldung und Dokumentation von Infektionen/Infektionsketten, Mitwirkung bei infektionsepidemiologischen Erhebungen und bei Präventionsplanungen		
6		Impfprophylaxe einschließlich Impf-Empfehlungen und Impf-Pläne, aktive und passive Immunisierung			
7			Impf-Indikationen, Impf-Beratung und Durchführung von Impfungen		
8	Nosokomiale Infektionen	Screening und Dekolonisation von Infektionserregern einschließlich multiresistenter Erreger			
9			Behandlung von Patienten mit Infektionen durch multiresistente Erreger, Meldung und Maßnahmen zur Übertragungsprävention, Dokumentation von Übertragungen und Management von Ausbrüchen		
10	Infektions-Diagnostik	Pathomechanismen und Epidemiologie von Bakterien, Pilzen, Parasiten, Viren und anderen infektiösen Agenzien einschließlich ihres lokalisations- und erkrankungsspezifischen Erregerspektrums			
11		Unterscheidung von Kolonisation und Infektion			

Zeilen-Nr.	Weiterbildungsblock	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahlen sofern gefordert	Anmerkungen/ Fragestellungen
12	Antinfektive Therapie	Erregerspezifische Prä- und Postanalytik			
13			Indikationsstellung zu diagnostischen und differentialdiagnostischen Verfahren sowie Auswahl geeigneter Untersuchungsmaterialien		
14		Verfahren der mikrobiologischen und virologischen Diagnostik, insbesondere zur Identifizierung sowie Empfindlichkeitstestung			
15			Interpretation von Untersuchungsergebnissen		
16			Indikationsstellung zu und Befundinterpretation von bildgebenden Verfahren bei Infektionskrankheiten		
17		Pharmakologie, Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Wirkungsspektrum, Resistenzentwicklung, Nebenwirkungen und Interaktionen von Antinfektiva			
18			Therapieempfehlung, Indikationsstellung sowie Auswahl, Dosierung, Therapiedauer und Applikation der antinfektiven Therapie		
19			Bewertung von Konzentrationsmessungen von Antinfektiva in Körperflüssigkeiten		
20		Interpretation von Resistenzstatistiken			
21			Bewertung von Resistenztests im klinischen Kontext		
22	Antibiotic Stewardship (ABS)	Perioperative antibiotische Prophylaxe			
23		Prinzipien und Methoden von Antibiotic-Stewardship, Nebeneffekte der antinfektiven Therapie und deren Prävention			

Zeilen-Nr.	Weiterbildungsblock	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahlen sofern gefordert	Anmerkungen/ Fragestellungen
24			Erfassung und Bewertung des Antiinfektiva-Verbrauchs		
25			Anwendung der Empfehlungen zur Verordnung von Antiinfektiva		
26			Teilnahme am fachübergreifenden Antibiotic-Stewardship-Team, z. B. Prävalenzerhebungen		
27	Infektiologische Notfälle	Akut lebensbedrohliche Infektionen und infektiologische Notfälle			
28			Beurteilung des Schweregrads von Infektionen		
29			Erkennung von Infektionen mit hoher Kontagiosität		
30			Therapie der Sepsis, ggf. in interdisziplinärer Zusammenarbeit		
31	Systemische und Organ-Infektionen	Epidemiologie, Vorbeugung, Klassifikation, Pathophysiologie, Symptomatik, Erregerspektrum, operative und antimikrobielle Strategien, Wundbehandlung, operative und interventionelle Fokuskontrolle von Infektionskrankheiten			
32			Interdisziplinäre infektiologische Beratung zu Differentialdiagnostik und Therapieoptionen systemischer und Organ-Infektionen einschließlich der Mitwirkung bei der Erstellung von Behandlungsplänen (infektiologischer Konsiliarservice) in Fällen	250	
33		Stufendiagnostik, Differentialdiagnosen und Therapieoptionen bei			

Zeilen -Nr.	Weiterbildungsblock	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahlen sofern gefordert	Anmerkungen/ Fragestellungen
34		- Blutstrominfektionen			
35		- Infektionen der Lunge, der Pleura und der oberen Atemwege			
36		- kardiovaskulären Infektionen			
37		- Harnwegs- und Niereninfektionen			
38		- abdominellen und gastrointestinalen Infektionen			
39		- Hepatitis			
40		- Infektionen und Infektionsprophylaxe bei Immundefekten und bei erworbener Immundefizienz			
41		- HIV-Infektionen und ihre Komplikationen			
42		- Infektionen des Nervensystems, parainfektiose neurologische Manifestationen			
43		- Infektionen der Knochen und Gelenke			
44		- Haut- und Weichgewebeeinfektionen			
45		- postoperative Wundinfektionen			
46		- Fremdkörper-assoziierte Infektionen			
47		- Fieber unklarer Genese			
48	Infektiologische Behandlung		Behandlung ambulant erworbener und nosokomialer System- und Organinfektionen bei schweren Verläufen		

Zeilen-Nr.	Weiterbildungsblock	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahlen sofern gefordert	Anmerkungen/ Fragestellungen
49			Behandlung opportunistischer Infektionen einschließlich Beherrschen der Infektionskomplikationen im Rahmen einer Immundefizienz		
50			Langzeitbehandlung von Patienten mit chronischen Infektionen		
51			Mitbehandlung von intensivpflichtigen Patienten mit schweren Infektionskrankheiten einschließlich Sepsis und septischem Schock		
52			Behandlung von Mykobakteriosen, Pilzinfektionen und parasitären Erkrankungen		
53			Behandlung nosokomialer und fremdkörper-assoziiierter Infektionen		
54	Infektionen bei besonderen Patientengruppen	Infektionen bei pädiatrischen, geriatrischen Patienten, während der Schwangerschaft und bei Neugeborenen			
55		Infektionen bei Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Nieren-, Leberinsuffizienz			
56		Infektionen bei Reisenden und Tropenrückkehrern			
57		Sexuell übertragbare Infektionen (STI)			

WAS BEDEUTET DAS NUN?

- Es können fast alle Disziplinen eine „infektiologische“ Zusatzbezeichnung erlangen (Verbreiterung der Infektiologie).
 - Irgendwie ist ABS damit verquickt:
 - Tätigkeit im ABS als Weiterbildungsinhalt
 - Besetzung von ABS durch „Klinische Infektionsmediziner“?
 - Was bedeutet das mittelfristig eigentlich für ABS?
 - Es wird bei der DGI die Schwerpunktbildung in der Inneren Medizin vorangetrieben, was garantiert zu einer erneuten Diskussion um „echte“ und „unechte“ Infektiologen führen wird.
-

DGI-Rundbrief 3/2017 (Dezember 2017)

Liebe DGI-Mitglieder,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein ereignisreiches Jahr neigt sich dem Ende zu, und ich möchte Sie mit diesem DGI-Rundbrief im Namen des Vorstandes noch einmal über einige aktuelle Aktivitäten unserer Gesellschaft informieren. Für die DGI stehen weiterhin die Bemühungen um eine Aufwertung der Infektiologie zu einer eigenen Facharztdisziplin ganz oben auf der Agenda. Das Jahr 2017 war in dieser Hinsicht sehr bedeutsam. Das gemeinsam mit anderen infektionsmedizinischen Fachgesellschaften im Mai veröffentlichte Strategiepapier weist den Weg für den Ausbau der Infektiologie und hat viel Beachtung gefunden. Die Diskussion um die Weiterbildung im Bereich Infektiologie wurde wesentlich durch diese Stellungnahme beeinflusst.

Weiterbildung

Das Strategiepapier fordert einen zweigleisigen Ausbau der Infektiologie im Rahmen der Weiterbildung: die Öffnung in die Breite als **Zusatzweiterbildung (ZWB) „Klinische Infektionsmedizin“** sowie die Vertiefung des Faches durch Etablierung eines Facharztes für Innere Medizin – Infektiologie. In intensiven Diskussionen mit der Bundesärztekammer (BÄK) und mit anderen Fachgesellschaften wurde mittlerweile ein Curriculum für die ZWB „Klinische Infektionsmedizin“ erarbeitet, das eine einjährige Weiterbildung nach der Facharztprüfung in einem Fach der klinischen Versorgung bzw. der Mikrobiologie oder der Hygiene vorsieht. Dieses Curriculum kann jetzt diskutiert werden in den Landesärztekammern und in anderen Fachgesellschaften und Verbänden. Wenn alles nach Plan läuft, wird es auf dem nächsten Deutschen Ärztetag 2018 im Rahmen der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) verabschiedet werden.

Die Öffnung der Zusatzweiterbildung macht die Etablierung eines **Facharztes Innere Medizin – Infektiologie** jetzt noch dringender. Nur wenn es ausreichend gut ausgebildete und erfahrene Infektiologen gibt, die die Zusatzweiterbildung in der Klinischen Infektionsmedizin übernehmen, kann die Qualität dieser Zusatzweiterbildung gesichert werden. Diese Notwendigkeit wurde in den Diskussionen mit der BÄK von allen Beteiligten klar zum Ausdruck gebracht und wird auch innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) zunehmend erkannt. Inzwischen steht der Vorstand der DGIM klar hinter unseren Bestrebungen. Der Vorstand der DGI und die internistischen Schwerpunktgesellschaften haben auf einem Treffen vor wenigen Tagen dieses Curriculum konsentiert. Damit steht jetzt als nächstes die Diskussion dieses Curriculums mit den Ärztekammern an.

- Krankenhäuser müssen sich überlegen, wie sie ABS-Strukturen aufbauen wollen (Personal, lokale Gestaltung, der Wille zur Veränderung).
 - Die ärztliche Weiterbildung im Antibiotic Stewardship wird vor allem über die LÄKs laufen, es sollen in der Breite „ABS-beauftragte“ Ärzte vorhanden sein.
 - Die Pharmazeuten müssen sich positionieren (z.B. „Bereichsweiterbildung Infektiologie“).
 - Die „klinische Infektionsmedizin“ als ZWB soll in der Breite die infektiologische Kompetenz fördern; Ausbildungsstrukturen hierfür müssen etabliert werden.
 - Die DGI erhebt einen Führungsanspruch in Infektionsmanagement und ABS, der Konfliktpotential birgt.
 - Letztlich ist der Kerngedanke von ABS ein interdisziplinäres Infektionsmanagement.
 - Dies wird am Ende (auch berufspolitisch) die beste Lösung sein.
-

ABS UND HYGIENE – PARTNER!

Antibiotic Stewardship

- Mikrobiologische Diagnostik
- Vernünftige Substanzwahl
- PK/PD und TDM
- Deeskalation nach Resistogramm
- Adäquate Therapiedauer
- Interdisziplinäres Infektionsmanagement
- Verbrauchssurveillance



Krankenhaushygiene

- Basishygiene
- Umgebungshygiene
- Isolation
- Screening
- Dekolonisation
- Erregerepidemiologie
- Surveillance von nosokomialen Infektionen

Vielen Dank!

christian.lanckohr@ukmuenster.de
0251-83-44058
