

Dezember 2019

# Newsletter „Antibiotikaresistenz“

Liebe Leserinnen und Leser,

wenn Sie sich an Ihre eigene Nase fassen, ist nicht auszuschließen, dass sich dort ein multiresistenter Keim versteckt. Eine Untersuchung hat ergeben, dass 10 – 15% der Menschen, die hierzulande ein Krankenhaus betreten, einen solchen Erreger bereits in sich tragen.

Allein dies zeigt, dass das Thema auch außerhalb der Krankenhausflure und Behandlungszimmer eine Rolle spielt. Dass der Handlungsbedarf groß ist, ist mittlerweile auf höchster Ebene angekommen: Laut WHO drohen Antibiotikaresistenzen, 100 Jahre medizinischen Fortschritts zunichtezumachen.

Im Oktober fand im Bundestag in Berlin deshalb die Sondersitzung GESUNDHEIT von Genius statt, bei der Experten aus dem Gesundheitswesen, der Veterinärmedizin und Landwirtschaft über Ansätze zur Lösung des Problems diskutierten.

Auf den nächsten Seiten finden Sie die Standpunkte der Experten sowie ein Interview mit Frau Prof. Gastmeier von der Charité. Sie koordiniert das Modellprojekt „Rationaler Antibiotikaeinsatz durch Information und Kommunikation“.

Ich wünsche Ihnen eine interessante und aufschlussreiche Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen



Nele Herrmann Valente  
Genius GmbH – Initiator und Veranstalter  
der Sondersitzung GESUNDHEIT

## Die wichtigsten Ergebnisse:

- Im Kampf gegen die Resistenzentwicklung müssen, wie im „One-Health-Ansatz“ vorgesehen, alle relevanten Sektoren einbezogen werden.
- Ein **gemeinsamer Fond der internationalen Staatengemeinschaft** kann zur Finanzierung von Projekten gegen die Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen beitragen.
- Insbesondere im ambulanten Bereich ist eine **moderne und schnelle Infektionsdiagnostik** unerlässlich.
- Speziell in Krankenhäusern sind mehr Experten für den Umgang mit Antibiotika und Hygienefachkräfte nötig. Darüber hinaus sollte der **Facharzt für Infektiologie** eingeführt werden.
- Durch bessere Aufklärung werden Patienten in ihrer **Gesundheitskompetenz** gestärkt.
- Alle Aktivitäten könnten in einer **Nationalen Dekade gegen Infektionskrankheiten** gebündelt werden.



Mit freundlicher Unterstützung von:



Sondersitzung GESUNDHEIT ist das gesundheitspolitische Frühstück der Genius GmbH. Die Veranstaltung richtet sich an Experten und Interessierte aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft, Gesellschaft und Medien.

## Was muss getan werden, um die Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen zu stoppen?



**Prof. Dr. Andrew Ullmann,**  
Mitglied des Deutschen Bundestags, Obmann der FDP im Ausschuss für Gesundheit und stellvertretender Vorsitzender des Unterausschusses Globale Gesundheit

Die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt muss ganzheitlich betrachtet werden. Daher kann der

Kampf gegen Antibiotikaresistenzen nur sektorenübergreifend entsprechend dem „One-Health-Ansatz“ erfolgen. Intersektoral arbeitende oder forschende Plattformen müssen dementsprechend ausgebaut werden. Zudem muss die Politik endlich gute Rahmenbedingungen für die Antibiotikaforschung schaffen. Ferner brauchen wir dringend Fachärzte für Infektiologie und mehr Hygienefachkräfte. Nicht zuletzt muss das Wissen der Bevölkerung über den richtigen Umgang mit Antibiotika gestärkt werden.

**Prof. Dr. Mathias Pletz,**  
Universitätsklinikum Jena, Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene

Wir brauchen ein gesamtgesellschaftliches Konzept. Eine Diskussion um „Schuldige“ ist vor dem Hintergrund der vielen Faktoren im Gesundheitswesen, Landwirtschaft, Reiseverkehr, Abwasseraufbereitung etc.

nicht zielführend, verschwendet Zeit und Ressourcen. Aus medizinischer Sicht sind neue Antibiotika und Impfungen, eine schnellere und bessere Infektionsdiagnostik – vor allem im ambulanten Bereich – und mehr infektiologische Expertise in allen Krankenhäusern wichtig.



**Prof. Dr. Stefan Schwarz,**  
Institut für Mikrobiologie und Tierseuchen an der Freien Universität Berlin

Bei der Entscheidung, welches Antibiotikum bei einem Tier eingesetzt werden soll, verlässt sich der Tier-

arzt auf das Ergebnis des Antibiogramms. Ein aussagekräftiges Antibiogramm setzt aber voraus, dass es verlässliche Bewertungskriterien, sogenannte klinische Grenzwerte, gibt, anhand derer ein Bakterium als empfindlich, intermediär oder resistent eingestuft wird. Für viele Erreger aus dem veterinärmedizinischen Bereich fehlen diese Grenzwerte. Hier besteht dringender Forschungsbedarf.

**Dr. Klaus Schlüter,**  
MSD Sharp & Dohme GmbH

Antibiotikaforschung ist komplex, riskant und kostenintensiv. Damit zukünftig ausreichend innovative Antibiotika zur Verfügung stehen, ist es unabdingbar, dass Unternehmen wie MSD weiterhin intensiv in diesen Forschungsbereich investieren. Dafür brauchen wir verlässliche Rahmenbedingungen. Hürden im System, die die Antibiotikaerforschung und -entwicklung erschweren, müssen abgebaut werden. Zu nennen wären hier vor al-

lem die frühe Nutzenbewertung, die auch innovative Antibiotika seit Kurzem durchlaufen müssen; die Regeln in der Klinikerstattung, die die Kosten für innovative Antibiotika nicht decken; und die bis dato fehlende Verlinkung zwischen der frühen Nutzenbewertung und der Klinikerstattung. Diese Hürden – neben anderen wichtigen Präventionsmaßnahmen – muss die Politik dringend angehen.



# Interview

mit Prof. Dr. Petra Gastmeier  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Hygiene und Umweltmedizin

**?** Sie koordinieren das Modellprojekt „Rationaler Antibiotikaeinsatz durch Information und Kommunikation“. Was verstehen Sie unter rationalem Antibiotikaeinsatz?

**!** Rational heißt nicht nur, so wenig Antibiotika wie möglich zu geben, sondern auch, dass wenn Antibiotika gegeben werden müssen, dies auf richtige Weise geschieht. Es geht zudem nicht nur darum, ob überhaupt Antibiotika eingesetzt werden, sondern um die Wahl des richtigen Präparats: Breitband- oder Schmalspektrum-Antibiotikum? Letzteres trägt weniger zur Resistenzentwicklung bei, setzt aber voraus, dass man den Erreger kennt. Im Krankenhaus werden dafür Tests gemacht. Nach zwei Tagen liegt der Befund vor und man kann die Therapie anpassen, zum Beispiel vom Breitspektrum zum Schmalspektrum gehen. Wir nennen das deeskalieren. Im ambulanten Bereich ist es schwieriger, weil unter anderem die Diagnostik länger dauert. Hier haben wir ein Defizit, das zum Beispiel durch Schnelltests gelöst werden könnte.

**?** Stehen solche Schnelltests nicht zur Verfügung oder werden sie nicht angewendet?

**!** Es gibt schon Schnelltests, etwa den CRP-Test oder den Procalcitonin-Test. Diese sind aber noch nicht so weit, wie sich Ärzte das vorstellen, beispielsweise was die Zuverlässigkeit der Ergebnisse oder den Zeit-Aspekt betrifft. Ideal wäre ein Test, bei dem man einen Patienten zurück ins Wartezimmer schickt und nach zehn Minuten sicher weiß, ob er eine virale oder bakterielle Infektion hat. Nur im zweiten Fall macht ein Antibiotikum wirklich Sinn.

**?** An wen richtet sich das Modellprojekt zum rationalen Antibiotikaeinsatz?

**!** Wir schauen nicht nur auf die Humanmedizin, sondern verfolgen den „One-Health-Ansatz“. Wir beziehen alle Bereiche ein, wo Antibiotika eingesetzt werden, also auch die Veterinärmedizin und Land-



wirtschaft. Darüber hinaus möchten wir auch die Patienten abholen. Deshalb haben wir für sie Informationsmaterialien entwickelt, unter anderem die sogenannten „Infozepte“. Diese informieren Patienten über häufige Krankheiten wie Erkältung und Grippe, aber eben auch über Antibiotika. Wir müssen berücksichtigen, dass Ärzte und Patienten im Ernstfall oft wenig Zeit haben. Gerade wenn man krank ist und Fieber hat, soll es beim Arzt ja möglichst schnell gehen. Die „Infozepte“ können die Patienten in Ruhe zu Hause lesen.

**?** Das Risiko, durch multiresistente Keime zu sterben, ist in Skandinavien niedriger als in Deutschland. Was können wir von diesen Ländern lernen?

**!** Zunächst einmal: Wenn ein Patient in Skandinavien eine schwere Infektion mit einem multiresistenten Erreger hat, dann ist sein Risiko zu sterben ungefähr genauso hoch wie in Deutschland. Der Punkt ist, dass die Wahrscheinlichkeit, einen multiresistenten Erreger zu bekommen, dort geringer ist. Und das hat verschiedene Gründe. Ein Grund ist, dass die Menschen in Skandinavien seltener ins Krankenhaus gehen als in Deutschland. Sie sind also seltener einer Umgebung ausgesetzt, in der das Ansteckungsrisiko erhöht ist. Ein weiterer Grund ist, dass in Skandinavien weniger Antibiotika eingesetzt werden. Man muss aber auch sagen, dass Deutschland im europäischen Vergleich nicht schlecht dasteht. Was den Antibiotikaeinsatz in Krankenhäusern betrifft, stehen wir auf Platz drei. Auch beim Anteil der Menschen mit multiresistenten Keimen pro 100.000 Einwohner schneidet Deutschland gut ab.

? 85% der Antibiotika werden im ambulanten Bereich verschrieben, entsprechend groß ist das Einsparpotenzial. Wie sieht es im stationären Bereich aus?

! Im stationären Bereich ist die Situation schwieriger, weil die Menschen schlicht kränker sind. Im Krankenhaus sehen wir deshalb kaum oder nur marginale Fortschritte. Das liegt auch daran, dass Krankenhäuser in Deutschland erst vor wenigen Jahren begonnen haben, Experten auszubilden und zu beschäftigen, die ihre Kollegen auf den Stationen zum richtigen Antibiotikaeinsatz beraten. An der Charité in Berlin haben wir ein ganzes Team von Ärzten, das nach der Idee des „Antibiotic-Stewardship“ arbeitet.

? Antibiotikaresistenzen sind ein globales Phänomen, das globale Maßnahmen erfordert. Wo würden Sie ansetzen?

! Ich würde bei der Antibiotikaaanwendung ansetzen, weil ich überzeugt bin, dass man dort relativ schnell Erfolge erzielen kann. In vielen Ländern sind Antibiotika frei verkäuflich. Das birgt die Gefahr, dass viele Antibiotika ungezielt eingesetzt und falsch eingenommen werden. Gerade durch eine Unterdosierung werden Resistenzen herangezüchtet. Ein weiteres

Problem ist der Handel mit gefälschten Antibiotika, deren Wirkstoffzusammensetzung nicht richtig ist.

? Multiresistente Keime sind nicht nur in der Humanmedizin, sondern auch im Veterinärbereich ein Problem. Wie hängen beide Bereiche zusammen?

! Glücklicherweise sind wir heute schlauer als früher: Die Gefahr durch multiresistente Erreger aus dem Veterinärbereich ist nicht so groß, wie man lange dachte. Hier wurde die Landwirtschaft häufig zu Unrecht an den Pranger gestellt. Es gibt relativ wenige Bakterien-Stämme, die eine Gefahr sowohl für den Menschen als auch für das Tier darstellen. Problematisch ist die Lage mit Blick auf die Umwelt, in die resistente Erreger über Ausscheidungen

gelangen. Durch den Austausch von Resistenzgenen mit Mikroorganismen in der Umwelt können sich Resistenzen dort schnell ausbreiten.

? Heißt das auch, dass resistente Erreger nicht nur durch Tiere, sondern auch durch Menschen in die Umwelt gelangen?

! Das ist richtig. Nur darf man dabei nicht nur an Patienten in Krankenhäusern denken. 10 – 15% der Menschen, die ins Krankenhaus kommen, tragen einen multiresistenten Keim bereits in sich. Sie haben ihn vermutlich zu Hause erworben. Deshalb: Es reicht nicht aus, ein Krankenhaus mit einer eigenen Kläranlage auszustatten. Man darf auch nicht vergessen, dass es Bakterien sind, die in den Kläranlagen das Wasser reinigen. Das bedeutet: Bakterien sind keinesfalls per se schlecht oder gefährlich für Menschen. Jeder von uns trägt zwei Kilo Bakterien mit sich herum. Sie zu verteufeln oder als „Killer-Keime“ zu bezeichnen, halte ich deshalb für falsch.

„Es reicht nicht aus, ein Krankenhaus mit einer eigenen Kläranlage auszustatten.“

