

Ärztinnen und Ärzte: Nachholbedarf bei den Fachleuten

Da Antibiotika in Deutschland nur auf Rezept erhältlich sind, geht ein Über- und Fehlgebrauch eindeutig auch auf die verschreibenden ÄrztInnen zurück. Etwa jedem dritten Deutschen wurde innerhalb der letzten 12 Monate ein Antibiotikum verordnet – häufig gegen Virusinfektionen wie Bronchitis, Erkältung und Husten. Warum das so ist, wird in einem Interview deutlich, dass aus dem Alltag der ärztlichen Praxis berichtet (siehe rechte Spalte).

Auch wenn die Verschreibung eines Antibiotikums im Einzelfall sinnvoll ist, kommt es dann darauf an, welcher Wirkstoff gewählt wird. Heute stehen mehrere dutzend antibiotische Wirkstoffe zur Verfügung. Häufig werden Breitbandantibiotika verordnet, obwohl sie nicht immer Mittel der ersten Wahl sind (Amoxicillin, Cefuroxim, Ciprofloxacin machen hierzulande zusammen 34% aller Verschreibungen aus).²⁵ Diese Verschreibungspraxis fördert die Resistenzbildung.

Auch der Preis scheint bei der Verschreibung eine Rolle zu spielen. Prinzipiell ist es nicht schlecht, wenn ÄrztInnen kostenbewusst verordnen, aber manchmal führt es auch zu unsinnigen Effekten. Statistiken aus Deutschland und Dänemark zeigen: Sinkt der Preis eines Antibiotikums deutlich, wird es häufiger verordnet. Nach Ablauf des Patentschutzes für Ciprofloxacin verdoppelte sich der Verbrauch innerhalb von 7 Jahren.²⁶

Neuere Wirkstoffe, die noch nicht so lange auf dem Markt sind, sind in der Regel deutlich teurer als altbekannte Produkte. Sie wirken im Normalfall nicht besser, können aber im Fall von Resistenzen durchaus ihre Berechtigung haben. Eine gezielte Auswahl des geeigneten Wirkstoffs ist deshalb sinnvoll. Dazu muss ein Labor ein Antibiogramm erstellen, das auflistet, welche Erreger in einer Probe, z.B. Urin, enthalten sind und welche Resistenzen vorliegen.

Der Alltag in der ärztlichen Praxis

Die meisten Antibiotika werden in Deutschland von Hausärzten vorordnet. Warum das

häufig Fehlverordnungen sind, haben wir mit dem Allgemeinmediziner Dr. Eckhard Schreiber-Weber aus Bad Salzuflen besprochen.

Erkältungen werden meist durch Viren ausgelöst. Dennoch verordnen ÄrztInnen in Deutschland bei solchen Infekten häufig Antibiotika. Handeln sie wider besseres Wissen?



Foto: Privat

Schreiber-Weber: Ich glaube ja. Ärzte verordnen Antibiotika häufig „zur Sicherheit“. Aber außer vor einer Operation ist das nicht korrekt und eigentlich eine ärztliche Fehlverordnung.

Warum machen ÄrztInnen das?

Schreiber-Weber: Viele nehmen sich nicht die Zeit, virale und bakterielle Erkrankungen zu unterscheiden. Aber die muss man sich nehmen, auch wenn im November und Dezember die Wartezimmer voll sind. Das ist dann häufig eine Bronchitis, und die benötigt meist keine Antibiotika, weil sie in 90% der Fälle viral bedingt ist.

Fordern auch die Patienten selbst Antibiotika?

Schreiber-Weber: Es gibt zwei Gruppen: Die einen freuen sich, wenn ich ihnen keine Antibiotika verschreibe. Andere möchten Antibiotika, wenn der Infekt nicht schnell vorbeigeht - sie wollen wieder arbeiten gehen. Hier ist die Aufklärung wichtig. Studien zeigen: Fast jedeR Zweite weiß nicht, dass Antibiotika nicht gegen Viren helfen.

Was kann man da tun?

Schreiber-Weber: Der Arzt oder die Ärztin darf keine Gefälligkeitsverordnungen machen. Zu Infekt-Zeiten sage ich mehrmals am Tag: Es ist ein Virusinfekt, Antibiotika helfen hier nicht. Das ist einfach zu erklären.



Foto: vista_pixelio.de/Fotolia.com

Gibt es auch bei bakteriellen Infektionen Verbesserungsbedarf?

Schreiber-Weber: Klassisches Beispiel sind Mittelohrentzündungen, die in 80 Prozent spontan abheilen. Es gibt keine Evidenz, dass Antibiotika signifikant die Komplikationen reduzieren. Laut einer Studie der Universität Witten-Herdecke muss man 17 Kinder behandeln, damit ein Kind nach zwei Tagen eine Schmerzreduktion verspürt. Dafür nimmt man in Kauf, dass eines von 17 Kindern unter unerwünschten Wirkungen der Antibiotika leidet, etwa Erbrechen oder Hautausschlag. Diese Zahlen sind bekannt, dennoch verordnen fast alle Kinderärzte und Allgemeinmediziner hier gleich Antibiotika. Die einfache Empfehlung, zwei Tage abzuwarten und dann noch einmal zu kontrollieren, wird meist nicht eingehalten.

Und Harnwegsinfekte?

Schreiber-Weber: Hier gibt es gute Leitlinien für die ÄrztInnen, aber sie halten sich nicht dran. Das Breitbandantibiotikum Ciprofloxacin wird in der nationalen S3-Leitlinie für unkomplizierte Harnwegsinfekte gar nicht mehr erwähnt, es werden andere Antibiotika empfohlen. Dennoch verschreiben Urologen und Allgemeinärzte sehr häufig gleich Ciprofloxacin. Parallel zur Verdoppelung der Verschreibungen in den letzten sieben Jahren stieg auch die Ciprofloxacin-Resistenz bei *E. coli*, dem häufigsten Erreger von Harnwegsinfekten.

Würde eine bessere Labor-Diagnostik im ärztlichen Alltag helfen?

Schreiber-Weber: Labordiagnostik spielt schon eine Rolle. Man kann Blutuntersuchungen machen, die Viren und Bakterien unterscheiden, z. B. bei Atemwegsinfekten. Das Wichtigste in der Hausarztpraxis ist aber die gründliche Untersuchung: Abhören, den Patienten befragen, die Symptome richtig einschätzen. Ein Rachen-Abstrich zur Streptokokken-Untersuchung ist beispielsweise heute nicht mehr üblich, denn nicht alle Streptokokken im Hals machen krank.

Spielt Werbung eine Rolle beim Verschreibungsverhalten?

Schreiber-Weber: Ja, ganz eindeutig. Breitbandantibiotika, vor allem Chinolone (z.B. Ciprofloxacin) werden als Allheilmittel beworben. Die ÄrztInnen verschreiben sie dann auch gerne. Das gibt zwar eine trügerische Sicherheit, ist aber in der Praxis häufig eine Fehlverordnung.

Bekommen Ärzte in Deutschland ein Feedback zu Ihrem Ordnungsverhalten, z.B. von den Krankenkassen?

Schreiber-Weber: Insgesamt eher selten. Aber die Kassen könnten gut Empfehlungen geben, sie haben ja die Daten aus den Rezepten und wissen, was welcher Arzt verordnet.

Was wäre Ihr Appell an die ärztlichen KollegInnen?

Schreiber-Weber: Mehr Aufklärung der Patienten. Und mehr Mut, sich nicht zur Verordnung von Antibiotika drängen zu lassen. Außerdem sich mehr an die Leitlinien halten, als sich von einem falschen Sicherheitsgefühl leiten zu lassen.



Foto: sudok1/Fotolia.com

Tatort Krankenhaus: Händeschütteln verboten

Deutsche Krankenhäuser machen nicht nur gesund. Viele kennen solche Fälle aus dem persönlichen Umfeld: Jährlich erkranken bis zu 600.000 Menschen an Infektionen, die sie sich erst im Krankenhaus zuziehen (nosokomiale Infektionen). Daran sterben bis zu 15.000 Menschen. Etwa ein Drittel der Todesfälle wäre eigentlich vermeidbar gewesen.²⁷

Die Ursache für diese Infektionen liegt auf der Hand – und zwar im wahrsten Sinn des Wortes: 90% der Infektionen finden über die Hände des Klinikpersonals statt.¹⁰ Wer im Krankenhaus liegt, hat häufig ein durch Krankheit, Operationen oder sonstige Umstände geschwächtes Immunsystem. Offene Wunden, Katheter und Infusionsnadeln sind Eintrittspforten für Erreger. Die vielen Handkontakte bei der Pflege und Behandlung erleichtern eben die Übertragung. Eine wichtige Regel zur Vermeidung von Infektionen lautet deshalb: Händeschütteln möglichst vermeiden!

Auch der Pflegeschlüssel spielt eine wichtige

Rolle: Schwer kranke Patienten, die beatmet werden müssen, erkranken bei weniger Personal pro Patient häufiger an Krankenhauskeimen.²⁸ Das Personal muss häufiger zwischen einzelnen Patienten hin und her wechseln, und es bleibt weniger Zeit zur gründlichen Händedesinfektion. Ein wichtiger Teil der Infektionsvermeidung ist deshalb ausreichend Pflegepersonal.

Von 100 Infektionen im Krankenhaus gehen rund sechs auf multiresistente Erreger zurück. 30.000 von 400.000 bis 600.000. Die wenigsten Krankenhauskeime sind also resistente Keime.

In Deutschland fallen 15% des Antibiotikaverbrauchs in Kliniken an, der Großteil ist Prophylaxe vor Operationen.³⁰ Das hört sich erst einmal sinnvoll an, denn schließlich sollen unerwünschte Krankenhausinfektionen vermieden werden. Aber auch hier offenbart die Statistik viele unsinnige Anwendungen: Beinahe jeder zweite Patient erhält die Prophylaxe nicht nur über einen Tag, sondern länger, obwohl er vorher keine

bakterielle Infektion hatte. Das ist unnötig und schafft zusätzliche Risiken.³¹

Systematisch die Hygiene verbessern

Um diese Missstände zu beheben, wurde 2011 das Infektionsschutzgesetz (IfSG) geändert.³² Laut Gesetz sind in Kliniken Hygienestandards erforderlich, Infektionen müssen dokumentiert und ausgewertet werden, ebenso die Anwendung von Antibiotika. Spezielle Hygienefachkräfte sollen ein qualifiziertes Herangehen gewährleisten. Dass diese sinnvollen Regelungen noch immer nicht optimal umgesetzt werden, hat auch mit der Tatsache zu tun, dass in Deutschland Gesundheit Ländersache ist und die Bundesländer bisher nicht einheitlich vorgehen.

Nach wie vor fehlen Hygienefachkräfte und Infektiologen, die die Ärzte bei der Behandlung beraten.³³ Hier setzt die Initiative „Antibiotic Stewardship“ an:³⁴ Klinisch tätige Ärzte werden für einen rationalen Antibiotikagebrauch geschult („ABS-Experten“) – besonders für kleinere Krankenhäuser mit weniger als 500 Betten eine wichtige Unterstützung.³⁵

MRSA-Screening vor dem Krankenhausaufenthalt – eine sinnvolle Maßnahme?

In den Niederlanden wurde bereits in den 1980er Jahren damit begonnen, alle PatientInnen bei Belegung eines Krankenhausbettes auf MRSA zu testen. Betroffene wurden sofort isoliert und die MRSA mit einer gezielten Behandlung abgetötet. Ist dieses Modell sinnvoll und auf Deutschland übertragbar?

Systematische Untersuchungen in Großbritannien haben gezeigt, dass bei einem auf Risikogruppen bezogenen Screening nur noch halb so viele PatientInnen untersucht werden mussten. Trotzdem wurden 81% aller MRSA-Fälle erkannt. Ein Massenscreening nach niederländischem Vorbild bringt kaum zusätzliche Sicherheit, ver-

ursacht aber hohe Kosten. Mehrere deutsche Fachgesellschaften haben sich deshalb gegen ein generelles Screening ausgesprochen und empfehlen stattdessen ein gezieltes Screening bei bestimmten Risikofaktoren.³⁶ Das Screening kann der Hausarzt veranlassen. Im Fall einer MRSA-Besiedelung, die meist lokal auftritt, kann dann eine Keimsanierung von Haut bzw. Schleimhaut meist mit speziellen Salben durchgeführt werden.

Ambulante und stationäre Versorger vernetzen

Die Erfolge der Niederlande sind vermutlich nicht nur durch das MRSA-Screening bedingt, sondern durch viele weitere Faktoren. Der Antibiotika-Gebrauch ist deutlich niedriger als in anderen Ländern, es gibt mehr Fachärzte für Infektiologie, die Einhaltung der Richtlinien wird staatlich kontrolliert, und alle Gesundheitseinrichtungen arbeiten systematisch bei der Betreuung von MRSA-PatientInnen zusammen. Eine Vernetzung der Versorgungsebenen Krankenhaus / Hausarzt / Pflegestation fehlt hingegen in weiten Teilen Deutschlands. Ein MRSA-Patient verlässt die Klinik normalerweise bevor die meist mehrere Wochen dauernde Keimsanierung abgeschlossen ist. Die ambulante Weiterbehandlung wäre wichtig, findet aber häufig nicht statt und die Keime können beim nächsten Mal wieder Probleme machen. Und außerhalb des Krankenhauses werden keine besonderen Schutzmaßnahmen mehr getroffen, so dass andere Menschen angesteckt werden, zum Beispiel im Altenheim.

Um den Informationsaustausch zwischen ambulanter und stationärer Versorger zu fördern, haben sich in letzter Zeit mehrere lokale und regionale MRSA-Netzwerke gebildet.³⁷