

Nachgefragt

■ Antibiotikatherapie: Warum wir die Initiative ergreifen



Wir haben für den Gebrauch von Antibiotika umfangreiche Leitlinien. Trotzdem werden Antibiotika zu häufig und unkritisch verordnet. Die unsachgemäße Anwendung hat in den letzten Jahren zu schwerwiegenden Resistenzentwicklungen geführt. Wir werden immer wieder gute Gründe dafür finden, so weiterzumachen wie bisher: Unser Alltag ist überlastet. Wir haben zu wenig Zeit, dem Patienten unsere Entscheidung gegen ein Antibiotikum zu erklären. Neben anderen Leistungen wird auch die Labordiagnostik nicht ausreichend finanziert. Wir wissen aber auch, dass insbesondere bei häufig behandelten Patienten eine gezielte antibiotische Therapie eine gezielte Diagnostik erfordert. Eine Behandlung ohne Kenntnis von Antibiogramm und Resistenzlage wird weniger erfolgreich sein. Die Patienten haben ein Recht darauf, durch ein sinnvolles Antibiotika-Verordnungsverhalten auch zukünftig bei Infektionen wirksame Antibiotika zu erhalten. Es ist höchste Zeit, uns zusammenzutun und zu handeln.

*Dr. Katja Peters,
Allgemeinmedizinerin
in Rotherbaum*



Viele Patienten in der Praxis sind es gewohnt, bei Fieber und Infektzeichen Antibiotika verschrieben zu bekommen. Wenn ich sage: „Hier handelt es sich um eine virale Infektion, ein Antibiotikum würde nicht helfen“, zeigen sie oft nur wenig Verständnis.

Es kostet Kraft und Zeit, das zu erklären – und wenn es kein Grundverständnis für biologische Zusammenhänge gibt, können die Patienten mit einem Vortrag über den Unterschied zwischen einem Virus und einer bakteriellen Infektion nur wenig anfangen. Bekommen sie bei mir kein Antibiotikum, wechseln sie häufig zu einem anderen Arzt. Ein Wunsch wäre, dass wir alle trotz Zeitdruck versuchen, jede dezidierte Forderung eines Patienten nach einem Antibiotikum genau auf ihre Berechtigung zu prüfen und auf auch nur gelegentliche Gefälligkeitsverordnungen zu verzichten.

*Dr. Jan Wieland,
Kinderarzt in Lurup*



In vielen Fällen wäre es nützlich, einen evidenzbasierten, abgestimmten Patientenflyer in verschiedenen Sprachen aushändigen zu können, der mit einfachen Worten erklärt, wann ein Antibiotikum indiziert ist und wann nicht. Das würde viel Redezeit sparen. Ich habe allerdings auch schon erlebt, dass Patienten sagen: „Ich bleibe hier so lange sitzen, bis ich mein Antibiotikum bekomme.“ Da würde auch kein Flyer helfen. Das größte Problem ist, dass wir das Ausmaß der Bedrohung noch nicht verstanden haben: Wir wissen zwar, dass die Waffe Antibiotikum durch einen ungezielten Einsatz stumpf zu werden droht. Das besorgt uns, doch richtig Angst macht es uns bisher nicht.

*Dr. Bernward Heidland,
HNO-Arzt in Altona*

Bündnis für gezielte Antibiotikatherapie

■ Wir sollten eine Selbstverpflichtung eingehen – damit Antibiotika auch von unseren Kindern und Enkeln noch genutzt werden können.

Nach Einschätzung des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) stellen multiresistente Erreger weltweit eines der größten Probleme für die öffentliche Gesundheit dar. Auf manchen Intensivstationen liegen die Resistenzraten multiresistenter Erreger bei über 50 Prozent. Der Verlust einer wirksamen Therapie zum Beispiel gegen eine Pneumonie durch MRSA kann dann besonders für multimorbide Patienten zu einem tödlichen Krankheitsverlauf führen.

Dass der unvernünftige Einsatz von Antibiotika die Entwicklung resistenter Erreger begünstigt, ist seit langem bekannt: Resistente Erreger bekommen in einem Organismus einen Selekti-

onsvorteil gegenüber Erregern, die auf Antibiotika sensibel reagieren. Diese Veränderungen beeinflussen durch die Übertragung von Mensch zu Mensch auch die Resistenzlage der Allgemeinbevölkerung.

Etwa 80 Prozent der Antibiotika-Verordnungen finden im ambulanten Bereich statt. Wir tragen also einen großen Teil der Verantwortung dafür, dass diese Therapie wirksam bleibt und auch unseren Kindern und Enkeln noch zur Verfügung steht.

Das Problem wird deutlich, wenn man sich unser Inventar an Antibiotika ansieht. Vierzehn Antibiotika-Klassen wurden zwischen 1935 und 1968 eingeführt. Seither waren es nur noch fünf

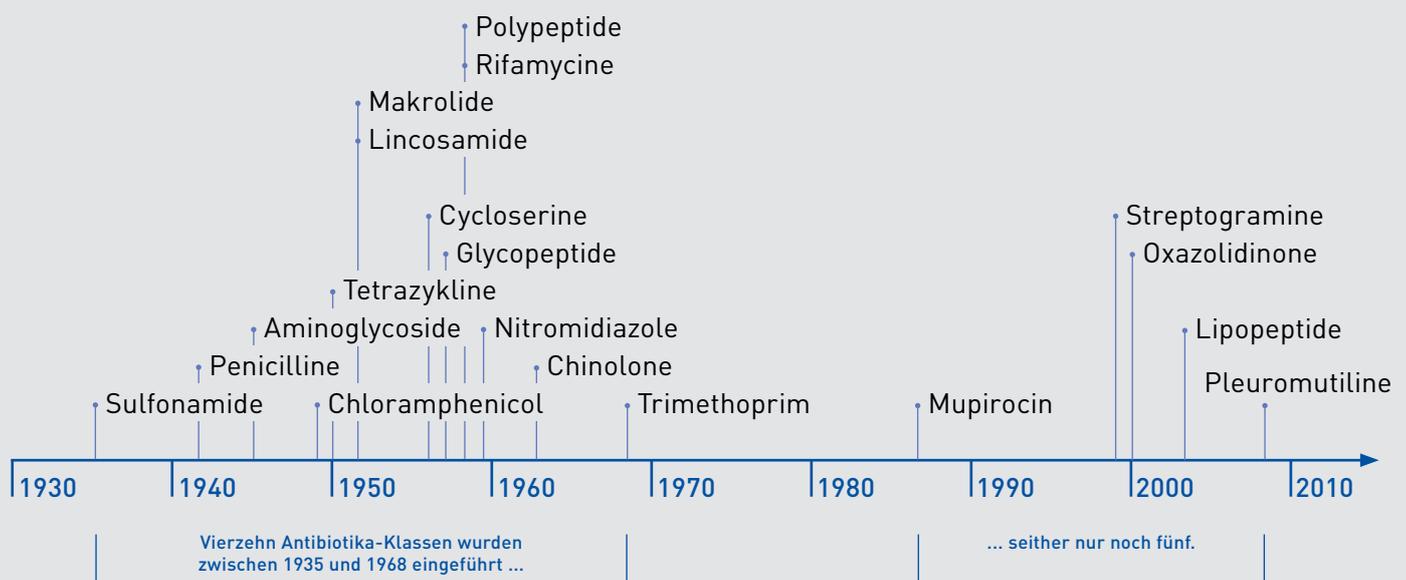
– und dabei handelte es sich auch noch um Reserve- oder Lokal-Antibiotika (siehe Grafik unten). Durchbrüche stehen nicht an, und wir sind noch lange auf die altbekannten Substanzklassen angewiesen.

Jeder Neueinführung folgte unweigerlich das Auftreten resistenter Erreger, wie das Beispiel von Betalaktamen und dem Betalaktam-resistenten Staphylococcus aureus, MRSA, zeigt (siehe Grafik Seite 6 unten).

Je nach Antibiotikaverbrauch und weiteren Einflussfaktoren wie Hygienemaßnahmen und Screeninguntersuchungen

Fortsetzung auf S. 6

Einführung neuer Antibiotika-Klassen



Quelle: www.extendingthecure.org

liegt der Anteil von MRSA an den Staphylococcus-Aureus-Isolaten in einzelnen Staaten zwischen 1 und 60 Prozent. In Deutschland treten in circa 25 Prozent MRSA auf – ein gutes Beispiel, um zu zeigen, dass wir nicht schlecht liegen, aber wesentlich besser liegen könnten.

Was können wir tun? Darüber wollen wir in den nächsten Monaten auf breiter Basis diskutieren. Wir rufen die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in Hamburg dazu auf, ein Bündnis für den rationalen Gebrauch von Antibiotika zu schaffen. Wir wollen eine Kampagne durchführen, die das Problem stärker ins Bewusstsein rückt. Dazu brauchen wir Ihre Vorschläge, Ihre Mithilfe, Ihre aktive Teilnahme!

Am 24. April 2013 findet im Ärztehaus Hamburg eine Auftaktveranstaltung statt. Dabei handelt es sich in erster Linie um eine praxisnahe Fortbildung mit

dem Ziel, erweiterte Kenntnisse zur Infektionsdiagnostik und Antibiotika-Therapie zu vermitteln und bisherige Behandlungskonzepte zu überprüfen und zu diskutieren.

Außerdem wollen wir über eine Art Selbstverpflichtung diskutieren, die niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eingehen können. Mögliche inhaltliche Ziele könnten sein:

Keine unnötigen Antibiotikaverordnungen!

Wir alle wissen, wie groß die Versuchung ist, einem fordernd auftretenden Patienten nachzugeben und zu sagen: „Ich habe viel zu tun. Soll er sein Antibiotikum doch kriegen, auch wenn es nicht indiziert ist!“ Dem müssen wir widerstehen, auch wenn der Patient dann zu einem anderen Arzt geht.

Fundierte Entscheidungen treffen!

Wir brauchen eine kritische Haltung zum Einsatz von Antibiotika.

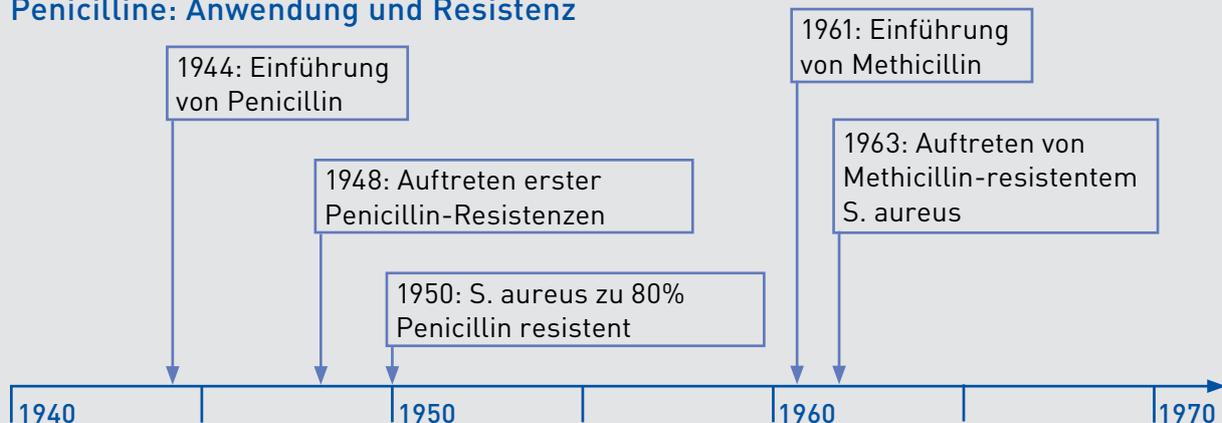
Oft entscheiden wir zu schnell nach ungeprüften klinischen Symptomen oder unter Zeitdruck oder haben Sorge, etwas falsch zu machen. Das Befolgen von evidenzbasierten Leitlinien kann hierbei weiterhelfen.

Antibiotika kalkuliert und gezielt anwenden!

Ist der Einsatz von Antibiotika tatsächlich nötig, stellen sich vier Fragen:

1. Wurde bereits von einem anderen Arzt ein Antibiotikum verordnet?
2. Welche Wirkgruppe soll unter Beachtung der Kontraindikationen zur kalkulierten (entsprechend dem epidemiologisch zu erwartenden Erregerspektrum) oder zur gezielten (nach Antibiogramm) Therapie verwendet werden? Reserveantibiotika, die für die Bekämpfung multiresistenter Keime gebraucht werden, sollten möglichst vermieden werden.
3. Welche Dosis ist ausreichend wirksam?

Penicilline: Anwendung und Resistenz



Auf jede Neueinführung von Antibiotika-Klassen folgt unweigerlich das Auftreten resistenter Erreger.

4. Wie lange soll behandelt werden?

Wer dem Bündnis beitreten möchte, kann dies gegenüber seinen Patienten demonstrieren und mit Hilfe von auf unserer Veranstaltung zur Verfügung gestellten Materialien untermauern. Es werden Flyer für Patienten bereitgestellt, die als Argumentationshilfe gedacht sind. In den Flyern wird in einfachen Worten erläutert, dass Antibiotika bei durch Viren ausgelösten Infektionen (zum Beispiel Bronchitis, Schnupfen) nicht wirken – und dass sie gezielt eingesetzt werden müssen, damit sich möglichst wenige Resistenzen entwickeln. Anstecker, Plakate und Flyer sollen bis zum Zeitpunkt der Auftaktveranstaltung fertiggestellt sein und dort an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgegeben werden.

Außerdem planen wir, im Web-Auftritt der KV Hamburg (www.kvhh.de) konzentrierte Informationen zum Thema "rationale Antibiotikatherapie" bereitzustellen und weiterzuentwickeln.

Im *KVH-Journal* sollen regelmäßig Leitlinien zu den häufigsten Infektionskrankheiten

vorgestellt werden, bei denen sich die Frage nach der Indikation von Antibiotika stellt. Die Diagnose und Therapie soll anhand von konkreten Fällen diskutiert werden. Dabei geht es nicht um „Orchideen“, sondern um typische Alltagsfälle. Diese Artikel wird das Institut für Allgemeinmedizin des UKE beisteuern. Die erste Folge finden Sie in dieser Ausgabe auf Seite 8. In der Juli-Ausgabe des *KVH-Journal* wird der in

Fortbildung: Gezielte Antibiotikatherapie

Auftaktveranstaltung

Ziel ist die Vermittlung vertiefender Informationen zur Infektionsdiagnostik und Antibiotika-Therapie und die Überprüfung und Diskussion bisheriger Behandlungskonzepte.

Programmpunkte:

- Antibiotikaverbrauchsdaten in Deutschland und Hamburg
- Fallkonferenzen
 - Pädiatrie: Pyelonephritis
 - Urologie: Harnwegsinfektion im Altenheim
 - Allgemeinmedizin: Infekt der oberen Atemwege
 - HNO: akute Sinusitis
- Informationen über den Fortgang der Kampagne

Ort: Ärztehaus Hamburg/ Saal1

Datum: 24.04.2013 (16-19 Uhr)

Teilnehmerzahl: max. 100 Personen

Moderation: Dr. Katja Peters

Mikrobiologische Beratung: Prof. Dr. Matthias Maaß

Hamburg niedergelassene Mikrobiologe Prof. Dr. Matthias Maaß über Strategien zum verbesserten Einsatz von Antibiotika in der Praxis, die "Antimicrobial Stewardship", informieren.

Antibiotika sind, gezielt eingesetzt, eine hochwirksame Waffe zur erfolgreichen Behandlung lebensbedrohender Erkrankungen. Wir sollten dafür Sorge tragen, dass sie wirksam bleiben.

Dr. Thorsten Bruns, niedergelassener Urologe

Dr. Bernward Heidland, niedergelassener HNO-Arzt

Dr. Hartmut Horst, Pharmakotherapieberater der KV Hamburg

Dr. Hanna Kaduszkiewicz, Privatdozentin am Institut für Allgemeinmedizin des UKE

Prof. Dr. Matthias Maaß, Mikrobiologe, Virologe und Infektionsepidemiologe am Labor Dr. Heidrich und Kollegen

Dr. Katja Peters, niedergelassene Allgemeinmedizinerin

Dr. Jan Wieland, niedergelassener Kinderarzt



Foto: Klaus Eppete/fotolia.com

Antibiotika bei akutem Husten: ja oder nein?

■ Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Im Rahmen des Bündnisses für eine rationale Antibiotikatherapie soll im *KVH-Journal* alle zwei Monate eine Leitlinie der DEGAM vorgestellt werden. Die Erwartung ist, dass durch eine größere Bekanntheit der evidenzbasierten Leitlinien - und häufigere Anwendung - der unnötige Einsatz von Antibiotika reduziert werden kann.

Der Fall

Freitagmorgensprechstunde, ein 58-jähriger Versicherungsangestellter, gut eingestellter Typ 2 Diabetiker, bekannte KHK, stellt sich mit seit drei Tagen anhaltendem Fieber bis 39.2 Grad vor. Davor habe er schon einige Tage Halsschmerzen gehabt. Zusätzlich habe er Schnupfen, Kopf- und Gliederschmerzen,

starken Husten und gelben Auswurf. Er möchte, dass „jetzt etwas passiert“, weil er am Montag wieder arbeiten müsse.

Befund:

Etwas reduzierter AZ und adipöser EZ, Ohren, Hals, LK, Lunge ohne Befund.

Fragestellungen:

- Ist weiterführende Diagnostik indiziert, und wenn ja, welche?
- Welche Therapie ist zu empfehlen?
- Sollte ein Antibiotikum verordnet werden und wenn ja, welches?

Man spricht von einem akuten Husten, wenn der Husten seit nicht länger als drei Wochen

besteht. Husten kann durch entzündliche, chemische, physikalische oder mechanische Reizungen der Schleimhaut der oberen und unteren Atemwege ausgelöst werden. 70 Prozent der Diagnosen können mit Hilfe von Anamnese und körperlicher Untersuchung gestellt werden.

Bei 5- bis 40-Jährigen ist eine Viruserkrankung als Auslöser von Husten bei weitem am häufigsten. Bei über 40-Jährigen müssen vermehrt andere Erkrankungen (wie zum Beispiel gastroösophagealer Reflux, Exazerbation einer COPD, Medikamenten-Nebenwirkungen) in Betracht gezogen werden. Bei älteren, insbesondere über 70-jährigen Patienten kommen eine Stauungsbronchitis durch

Herzinsuffizienz sowie Nebenwirkungen von Medikamenten öfter als bei Jüngeren vor. Longitudinale Kohortenstudien haben gezeigt, dass nur 8 Prozent aller akuten Atemwegsinfektionen bakterieller Genese sind.

Vorgehen in der Praxis

In der Leitlinie Akuter Husten werden die vier häufigsten Ursachen des akuten Hustens (Virale Infektion, Akute Bronchitis, Pneumonie und Virusgrippe) hinsichtlich typischer Befunde, diagnostischem Vorgehen und allgemeinen Therapiemaßnahmen differenziert.

Im oben vorgestellten Fall handelt es sich aufgrund des langsamen Beginns wahrscheinlich nicht um eine Influenza, auch für eine Pneumonie besteht bei unauffälligem Lungenbefund zurzeit kein Anhalt. Wegen des zum Teil hohen Fiebers und produktiven Hustens handelt es sich am ehesten um eine akute Bronchitis.

Weiterführende Diagnostik?

Weitere Untersuchungen erscheinen zurzeit nicht angemessen. Die Bestimmung des CRP, der Leukozyten oder gar Procalcitonin hilft nicht bei der Unterscheidung zwischen einer bakteriellen und einer viralen Ursache. Eine mikrobiologische Untersuchung wird erst bei Nicht-Ansprechen der Therapie, bei besonders schweren Verläufen, häufigen Exacerbationen (≥ 3 /Jahr) oder Verdacht auf multiresistente Bakterien empfohlen.

Therapie

Neben allgemeinen Maßnahmen, wie ausreichend trinken, Wasserdampfinhalationen ggf. mit Cineol, Thymian/Primelwurzel bzw. Thymian/Efeu und ggf. Analgetika (zum Beispiel Paracetamol) stellt sich die Frage nach einer antibiotischen Therapie. Die Farbe des Sputums ist keine Indikation für eine Antibiotikatherapie. Laut Leitlinie sollte diese in der Regel nicht veranlasst werden. Die Gabe von Antibiotika ist bei Patienten mit schweren kardialen oder respiratorischen Krankheiten, angeborenen oder erworbenen Immundefekten sowie bei alten Patienten im Einzelfall zu erwägen, weil bei diesen Patienten Pneumonien oft schwer abzugrenzen sind. Dann wären als Therapie der ersten Wahl Aminopenicilline (zum Beispiel Amoxicillin), Makrolide (zum Beispiel Roxithromycin) oder Tetracycline (zum Beispiel Doxycyclin) indiziert.

Gespräch mit dem Patienten

Der Patient möchte, dass „jetzt etwas passiert“. Es empfiehlt sich, ihn zu fragen, was genau er darunter versteht und welche Therapie er selber schon begonnen hat. Wenn er bisher keine allgemeinen Maßnahmen eingeleitet hat, zum Beispiel keine Inhalationen oder keine Analgetika, so könnte der Beginn dieser Maßnahmen ihm reichen, als etwas, das nun „passiert“. Möchte er explizit ein Antibiotikum verschrieben haben, macht es Sinn, zu sagen,

dass er zum jetzigen Zeitpunkt kein Antibiotikum benötigt, weil sein Infekt dadurch nicht beeinflussbar ist. Eventuell hilft die Aufklärung, dass sich sein Zustand auch ohne Antibiotikum wahrscheinlich über das Wochenende verbessern wird. Wenn der Patient trotzdem weiter auf dem Antibiotikum besteht, kann ihm gegebenenfalls ein Rezept mitgegeben werden für den Fall, dass am Sonntag das Fieber immer noch über 39 Grad ist – ein übliches Vorgehen, für das es allerdings keine wissenschaftliche Evidenz gibt. Wichtig ist bei diesem Patienten die Vereinbarung einer Wiedervorstellung am Montag, wenn sich die Symptome bis dahin nicht gebessert oder sogar verschlechtert haben sollten.

Dieser Text basiert auf der Leitlinie Nr. 11 (Akuter Husten) der DEGAM, Literatur siehe dort. Die Leitlinien der DEGAM finden Sie online unter: <http://leitlinien.degam.de/>. Für den schnellen Überblick eignet sich die zweiseitige „Kurzversion“, zur Unterstützung des Gesprächs mit dem Patienten die dazugehörige „Patienteninformation“.

*PD Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz
Dr. med. Hans-Otto Wagner
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Institut für Allgemeinmedizin
In Zusammenarbeit mit
PD Dr. med. Christoph Heintze,
Institut für Allgemeinmedizin,
Charité, Universitätsmedizin
Berlin*