



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

24. Sitzung (öffentlich)

30. Mai 2018

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:30 Uhr bis 14:50 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Eva-Maria Bartylla

Verhandlungspunkt:

Nordrhein-Westfalens Verantwortung für die Weltgesundheit ernst nehmen – Antibiotikaresistenzen in den Fokus rücken.

3

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/1996

– Anhörung von Sachverständigen –

(Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage)

* * *

**Nordrhein-Westfalens Verantwortung für die Weltgesundheit ernst nehmen
– Antibiotikaresistenzen in den Fokus rücken.**

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/1996

– Anhörung von Sachverständigen –

(Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage)

Vorsitzende Heike Gebhard: Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, ich darf Sie alle ganz herzlich zur 24. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales begrüßen.

Das Plenum hat den Antrag am 1. März 2018 an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – federführend – überwiesen. Der Wissenschaftsausschuss und der Ausschuss für Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz sind mitberatend und haben sich für eine nachrichtliche Beteiligung an der Anhörung entschieden.

Wir haben am 14. März beschlossen, diese Anhörung durchzuführen.

Ich bedanke mich im Namen des Ausschusses bei den Sachverständigen dafür, dass sie uns vorab ihre schriftlichen Stellungnahmen haben zukommen lassen.

Wir werden im Hinblick auf die Zeit auf Eingangsstatements verzichten. Die Abgeordneten werden direkt Fragen an die Sachverständigen stellen. Ich bitte die Fragesteller darum, konkret zu benennen, an wen sie ihre Fragen richten.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Erst einmal ein großes Dankeschön für die bisher eingegangenen Ausarbeitungen der Sachverständigen. Das war schon sehr hilfreich.

Meine erste Frage geht an Herrn Dr. May. Sie sprechen in der Stellungnahme unter anderem von der Bedarfsplanung, die natürlich dann auch vorsehen muss, dass Patienten, die isoliert werden, in anderen Räumlichkeiten oder Räumlichkeiten, die vorher für mehrere Patienten vorgesehen waren, dann alleine untergebracht werden. Ich glaube, den Menschen aus der Praxis ist durchaus bekannt, dass gerade wenn die Temperaturen sinken, die Clostridium difficile assoziierte Diarrhö zum Beispiel um sich greift. Das ist nicht zwangsläufig eine der Erkrankungen, bei denen wir im Einzelfall mit Multiresistenzen zu rechnen haben. Aber da sind natürlich Isolationen vorzunehmen. Vielleicht können Sie noch einmal ausführen, wie sich gerade diese Aspekte in der Bedarfsplanung niederschlagen müssten.

Ich habe noch eine Frage an Herrn Professor Dr. Schmitz. Sie hatten in Ihrer Ausarbeitung angeführt, dass die einleitenden Teile aus Ihrer Sicht folgerichtig sind, aber die Zielsetzung des Antrags aus der Perspektive Nordrhein-Westfalens vielleicht ein wenig zu hoch greift. Sie schildern ganz folgerichtig, dass natürlich durch globalen Tourismus, Austausch, Handel etc. die Keime mitreisen und aus Produktionsländern, in

denen hauptsächlich die Antibiotika hergestellt werden. Dem einen oder anderen ist das sicher aus den Medien geläufig. Man hat ja unter anderem festgestellt, dass uns bei einer dieser indischen Produktionsfirmen die multiresistenten Keime in den Gewässern um die Produktionsfirma herum wahrscheinlich schneller erreichen als das Medikament selbst. Da geht meine Frage in die Richtung, ob Sie sich vorstellen könnten, dass Nordrhein-Westfalen gerade als starker pharmazeutischer Standort, gerade als starker Chemiestandort mit anderen Standards dem etwas entgegensetzen könnte.

Eine letzte Frage habe ich an Herrn Dr. Meyer. Sie haben in Ihrer Ausarbeitung sehr viele Hinweise darauf gegeben, dass Sie sich mit dem Thema schon sehr lange auseinandersetzen. Sie sprechen vor allen Dingen natürlich aus Ihrer Perspektive den Aspekt der Massentierhaltung und der dort verwendeten Antibiotika an. Wie müsste eine Tierhaltung gestaltet sein, um den Antibiotikagebrauch tatsächlich zu reduzieren?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch von der Grünen-Fraktion herzlichen Dank für die Stellungnahmen, die ja in eine klare Richtung gehen.

Ein paar Fragen hat Herr Vincentz ja schon angesprochen.

Ich bitte Herrn Dr. Meyer und Herrn Dr. May, noch einmal auszuführen, wo bei Tiermedizin und Humanmedizin der Schwerpunkt der Einsätze ist und durch welche Methoden das vermeidbar wäre, dass die Antibiotika in diesem Maße zum Einsatz kommen und dann eben auch über Wege der Gewässerverunreinigung etc. die Menschen betreffen.

Zweitens – das hat Herr Vincentz eben angesprochen –: Halten Sie es für sinnvoll und erstrebenswert, dass die Antibiotika, die aus Indien importiert werden, die wir nicht brauchen, hier dann auch noch zusätzlich produziert werden? Das möchte ich Herrn Dr. May und Frau Professor Dr. Schwalen fragen.

Peter Preuß (CDU): Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Zunächst einmal auch von unserer Seite herzlichen Dank für die Stellungnahmen.

Die Problemstellung ist ja hinreichend bekannt. Nun gibt es ja Handlungsmöglichkeiten. Es gibt die Hygieneverordnung. Es gibt Strategien in den einzelnen Krankenhäusern. Sie sprechen, Herr Dr. May, von den Hygienekommissionen. Da würde uns mal interessieren, wie die Arbeit konkret aussieht. Welche Strategien werden denn da festgelegt? Sind die verallgemeinerungsfähig? Gelten die für alle? Oder ist sozusagen jedes einzelne Haus selbst in eigener Verantwortung da tätig?

Susanne Schneider (FDP): Verehrte Damen und Herren Sachverständige, herzlichen Dank im Namen der FDP-Fraktion für Ihre wunderbaren Stellungnahmen. Daraus ergeben sich gar nicht mehr so viele Fragen. Auch danke, dass Sie heute hier erschienen sind.

Ich habe eine Frage an Herrn Dr. May und an Frau Professorin Schwalen. Wie bewerten Sie denn im Hinblick auf die Maßnahmen, die die Krankenhausgesellschaft geschildert hat, zum Beispiel die Initiative „Keine Keime“ usw., die Situation in NRW auch im Vergleich zu anderen Bundesländern oder zu anderen europäischen Staaten?

Dann habe ich noch eine Frage an Frau Professorin Schwalen und an Herrn Professor Schmitz. Wir brauchen ja definitiv neue Antibiotika. Die brauchen wir. Wir kommen ja sonst irgendwann an Grenzen. Wie könnte Ihrer Meinung nach diese Entwicklung gemeinsam mit der Wissenschaft und der pharmazeutischen Industrie besser oder ideal unterstützt werden?

Christina Weng (SPD): Der Dank meiner Fraktion gilt auch den Expertinnen und Experten.

Erste Frage: Wie werden wir bei all den Erkenntnissen, die wir inzwischen haben, mit der MRGN- bzw. ESBL-Problematik umgehen?

Meine zweite Frage schließt sich an die Frage von Frau Schneider an. Wäre es sinnvoll auch für das Land Nordrhein-Westfalen, in Bezug auf die neue Form von Antibiose, die wir brauchen, Wirtschaft, Wissenschaft und staatliche Förderung zu bündeln, um für Menschen, die das unbedingt brauchen, wieder eine Lösung entwickeln zu können?

Die Fragen richten sich an Professor Schmitz und an die Krankenhausgesellschaft.

Serdar Yüksel (SPD): Ich habe eine an Herrn Meyer. Sie schreiben, dass der Einsatz der Reserveantibiotika angestiegen ist. Mich interessiert, worauf Sie das zurückführen.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Herr Dr. Meyer, brauchen wir tatsächlich noch mehr Antibiotika und zusätzliche Mittel?

Herr Professor Schmitz, was ist denn international erforderlich, um dem Problem Herr zu werden? Sie haben ja zutreffend dargestellt, dass in NRW, wenn wir das isoliert betrachten würden, firmentechnisch gar nichts passiert, aber uns natürlich trotzdem die Frage umtreiben muss.

Dr. Peter-Johann May (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.): Vielen Dank dafür, dass wir hier Fragen beantworten dürfen und dass wir auch eine Stellungnahme zu diesem wichtigen Thema abgeben dürfen.

Ich möchte anfangen mit der Frage nach der Isolation, die wir selber auch in unserer Stellungnahme aufgerufen haben. Im Rahmen der Kapazitätsplanung machen wir uns natürlich umfangreiche Gedanken, in welchem Umfang das, was wir als Bettenauslastungsgrade immer als eine Kennziffer in der Krankenhausplanung nutzen, tatsächlich sinnvoll ist und wie sich diese Kennziffer im Verlauf des Jahres tatsächlich verhält.

In dem Kontext haben wir uns verschiedene spezifische Patientenkonstellationen angeguckt. Wir haben uns einmal angeschaut: Wie viele Zwei- oder Dreibettzimmer werden zu einem Einbettzimmer im Falle einer multiresistenten Infektion bei einem Patienten oder einer Patientin? Wir haben uns genauso angeguckt: Wie können palliative Situationen das generieren oder außerordentliche Patientenkonstellationen wie Demenz, wehriges Verhalten, ausgeprägte schmerztherapeutische Maßnahmen?

Wir haben schon festgestellt, dass wir insbesondere in der Inneren Abteilung bis zu 10 % Bettensperrungen haben insbesondere durch infektiöse Patienten – das war der Hauptpunkt –, aber auch weniger stark ausgeprägt durch palliative Patienten.

Das heißt, wenn wir ein zielgerichtetes Hygienemanagement machen wollen – da haben wir bei den MRSA-Keimen ja sehr erfolgreich in den letzten Jahren diese Search-and-Destroy-Taktik angewandt, die wir uns bei den Holländern abgeguckt haben –, dann müssten wir tatsächlich isolieren. Wir müssten vielleicht zu einem sehr, sehr frühen Zeitpunkt isolieren. Wir müssten vielleicht schon in der Aufnahmesituation in die Lage versetzt werden, zu isolieren. Das heißt, wir müssten zumindest auf den Stationen oder aber vielleicht in einem Aufnahmesetting sogenannte Isolationszimmer haben.

Dann sind wir natürlich wieder direkt bei der Investition – es kostet Geld, es so zu machen – und bei der Krankenhausplanung. Ein leitliniengerechtes und auch erfolgreiches Hygienemanagement erfordert eben auch entsprechende strukturelle Voraussetzungen in den Krankenhäusern. Wir brauchen nicht nur exzellentes Personal. Wir brauchen auch entsprechende Strukturen aus Steinen und aus Böden, um genau das umzusetzen, was man bei einer Isolation umsetzen muss.

Insofern werden wir dieses Thema im Kontext der Multiresistenz noch ganz, ganz lange miteinander besprechen müssen, weil wir natürlich merken, wir haben immer wieder neue Herausforderungen.

Sie haben Clostridium difficile angesprochen. Das ist ein Punkt, den wir schon lange kennen. Das ist antibiotika-assoziiert. Wir können fast schon von einer Epidemie sprechen. Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie hat im Jahre 2015 dazu auch eine sehr umfangreiche Studie herausgebracht und hat da zum Beispiel festgestellt, dass diese Infektionsisolation mit all dem, was dazu gehört, eine Unterfinanzierung durch das DRG-System von 300 bis 400 Millionen € hat.

Ich möchte danach auf die Frage Human- versus Tiermedizin und Antibiotikaproduktion außerhalb von Europa eingehen. Wir als KGNW haben natürlich keine veterinärmedizinischen Kompetenzen. Das ist nicht unser Hauptgebiet.

Reserveantibiotika sind bei uns in den Krankenhäusern mit sehr, sehr großen Regulationsmechanismen versehen. Bei uns kann man nicht einfach so Reserveantibiotika verschreiben. Das läuft in der Regel über ein Oberarztrezept. Das heißt, nur wenige Mitarbeiter in den Krankenhäusern haben das Recht, Reserveantibiotika zu verschreiben, weil wir genau wissen, diese Antibiotika müssen sehr zielgerichtet eingesetzt werden. Wenn wir jetzt hören, dass solche Antibiotika in der Tiermedizin auch prophylaktisch eingesetzt werden, dann ist das für uns als Krankenhäuser auch besorgniserregend. Mehr können wir an der Stelle nicht sagen. Ich glaube, hier sind Experten anwesend, die auf dem Feld deutlich kompetenter sind.

Die extraeuropäische Produktion von Medikamenten – ich spreche jetzt ausdrücklich von Medikamenten – ist ein Problem, nicht nur von Antibiotika. Wir haben in den letzten Jahren immer mal wieder Engpässe gehabt, weil wir in der Medikamentenproduktion eben mittlerweile Monopolstrukturen haben. Das hat etwas mit effizienten Märkten zu tun. Das sind höchstwahrscheinlich Kapitalismus und Globalisierung. Das führt aber dazu, dass wir unter anderem bei Blutverdünnern, hämatoonkologischen Medikamenten und Antibiotika immer mal wieder Engpässe in Krankenhäusern gehabt haben.

Deswegen ist jetzt auch auf der Bundesebene eine entsprechende Meldestelle eingerichtet worden, bei der genau diese Medikamentenengpässe genannt werden, damit man frühzeitig reagieren kann, damit man da quasi Austausch betreiben kann.

Man kann es vielleicht so ein bisschen zusammenfassen: Die Lagerkapazitäten innerhalb der Pharmazie sind mittlerweile auf der Straße. Das heißt, das, was zu uns transportiert wird, ist quasi der Lagerbestand. Es gibt da keine großen Reserven.

Das sind gewiss Punkte, über die man noch einmal genau nachdenken muss. Ob man das auf der Landesebene regeln kann, weiß ich nicht. Aber wir haben es zumindest in den Krankenhäusern festgestellt, dass es ein großes Problem ist, und zwar nicht nur bei den Antibiotika.

Was machen die Hygienekommissionen? Die Hygienekommissionen treffen sich mindestens zweimal im Jahr – das sieht die HygMedVO vor – und darüber hinaus anlassbezogen.

Es ist sehr, sehr wichtig, dass man bei dem Thema „Multiresistenz“ einen regionalen Blick hat. Denn wir sehen unterschiedliche Resistenzlagen in unterschiedlichen Regionen. Deswegen nutzen Krankenhäuser auch regelmäßig sogenannte Prävalenzstudien. Das heißt, man untersucht für einen Zeitraum von zum Beispiel sieben Tagen alle Patienten. Alle Patienten, die in das Krankenhaus aufgenommen werden, werden untersucht. Normalerweise untersucht man nur Risikogruppen. Diese Risikogruppen werden vom Robert Koch-Institut definiert. Es ist weiterhin State of the Art, nur diese Risikogruppen grundsätzlich zu screenen. Aber für einen Zeitraum von sieben Tagen gucken wir uns alle Patienten an und schauen nach: Welche Resistenzen treten bei meinen typischen Patienten in meiner Region auf?

Das sind wichtige Informationen für die Hygienekommission. Die Hygienekommission weiß dann, wie die regionale Versorgungssituation aussieht, wie die regionale Lage zu Multiresistenz aussieht. Auf Basis dieser Erkenntnisse legt die Hygienekommission unter anderem auch das Antibiotikamanagement in den Krankenhäusern fest. Das heißt, man macht sich Gedanken, bei welchen Erkrankungen welches Antibiotikum gegeben wird. Man macht sich Gedanken, wer welches Antibiotikum rezeptieren darf, also wer derjenige ist, der dafür den Startschuss gibt.

Darüber hinaus regeln Hygienekommissionen alle anderen Formen oder Notwendigkeiten des Hygienemanagements. Wann gehe ich auf die Stationen? Wie mache ich auch Weiterbildungen und Fortbildungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter? Hygiene ist ein Thema, das Sie permanent am Leben halten müssen, damit tatsächlich auch auf den Stationen diese hygienerelevanten Maßnahmen ankommen.

Darüber hinaus fließen in die Hygienekommissionen die Erkenntnisse ein von gemeinsamen Visiten. Das ist auch eine wichtige Sache, die auch in der Hygieneverordnung steht, dass man nicht nur einen rein medizinischen Sachverstand, also einen somatisch-internistisch-chirurgisch-neurologischen Sachverstand, in das Hygienemanagement und das Medikamentenmanagement einbringt, sondern dass man gemeinsam mit Pharmazeuten, mit Mikrobiologen, mit Krankenhaushygienikern, mit Infektiologen ganz normale Visiten macht, dass man gemeinsam auf die Intensivstationen geht, dass man gemeinsam dort das Medikamentenregime festlegt.

All das sind Dinge, die in die Hygienekommission einfließen und auch durch die Hygienekommission festgelegt werden.

Letzte Frage: MRSA und gramnegative Keime. Wir haben in den letzten Jahren große Erfolge, erfreuliche Erfolge bei der Bekämpfung von MRSA erreichen können. Das sind nicht nur wir Krankenhäuser. Multiresistenz ist immer sektorenübergreifende Tätigkeit. Deswegen haben wir in Nordrhein-Westfalen glücklicherweise flächendeckend sogenannte MRE-Netzwerke. Das heißt, wir setzen uns gemeinsam mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, mit Altenpflegeheimen, mit den Rettungsdiensten und mit den Gesundheitsämtern an einen Tisch und überlegen, wie wir die Strukturen weiter verbessern können. Diese gemeinsamen Anstrengungen haben dazu geführt, dass wir bei den MRSA mittlerweile von ungefähr 20 % auf 10,8 % gesunken sind. Das war der letzte Wert vom RKI am 1. Februar 2018.

Hierbei macht es uns MRSA natürlich relativ einfach im Gegensatz zu gramnegativ. Wir können MRSA gut sanieren. Das heißt, wenn jemand gesund ist, und er hat eine MRSA-Besiedelung, dann reicht es in der Regel aus, dass über fünf Tage eine Ganzkörperwaschung erfolgt und eine antibiotische Salbe in die Nase. Denn das ist das Reservoir, wo die MRSA sind.

Diese Möglichkeit haben wir bei den sogenannten gramnegativen Keimen nicht. Das ist unser wirklich, wirklich großes Problem: die gramnegativen Keime. Da können wir nicht sanieren. Die sind eben da. Wir haben 8 m Darm. Die können Sie nicht sanieren, wie man das mit dem Nasenvorhof machen kann.

Darüber hinaus: Todesfälle assoziiert mit Multiresistenz haben wir häufig in der Kombination mit gramnegativen Keimen. Das heißt, wenn wir momentan unsere Problemgruppe bezeichnen wollen, dann ist es das Gramnegative. Dem stimme ich vollkommen zu. Daran müssen wir weiter arbeiten. Das ist deutlich komplizierter als MRSA.

Grundsätzlich war noch die Frage nach Antibiotikainitiativen oder Antibiotikamanagement. In unseren Krankenhäusern haben wir ein sogenanntes Antibiotic Stewardship. Das haben wir noch nicht in allen Krankenhäusern. Das muss besser werden. Das hat aber auch etwas mit dem Personal zu tun. Antibiotic Stewardship bedeutet letztendlich, dass Infektiologen, Mikrobiologen, Kliniker und Pharmazeuten gemeinsam überlegen, wer welches Antibiotikum für welchen Zeitraum bekommt.

Grundsätzlich kann man sagen, Multiresistenz kann man über zwei Wege verhindern oder eindämmen, erstens indem man Infektionen vermeidet – das ist unsere erste Aufgabe – und zweitens indem man das richtige Antibiotikum gibt, wenn eine Infektion da ist.

Dr. Gerd-Ludwig Meyer (Ärzteinitiative gegen Massentierhaltung): Ich danke Ihnen für die Einladung. Ich bin Internist und Nephrologe. Mein Steckenpferd ist die Lebendtransplantation. In dem Bereich bin ich auch weiterhin tätig. Das heißt, wir haben viel mit immunsupprimierten Patienten zu tun, auch mit Todesfällen.

Wenn ich das hier so höre, dann denke ich, ich sollte einfach kurz meine Lebensgeschichte auch am Beispiel der multiresistenten Keime erzählen. Dann wird nämlich klar, was eigentlich das Hauptproblem ist. Ich sehe kein wissenschaftliches Problem. Ich sehe in erster Linie ein politisches Problem, wie man das angehen kann und löst.

Ich mache seit 1986 Dialyse. Den ersten multiresistenten Keim in einem Einzugsbereich von knapp einer halben Million Menschen am Speckgürtel von Nordwestdeutschland – auch Schweinegürtel genannt – hatte ich erst 13 Jahre später in einer Dialysepraxis im Oldenburger Land und bis dahin nicht. Der erste multiresistente Keim überhaupt ist meines Wissens in den 60er-Jahren in England nachgewiesen worden.

Multiresistenz ist eigentlich etwas ganz Natürliches. Das Bakterium ist intelligent und wehrt sich gegen Antibiotika. Von unserer Partnerorganisation Save Our Antibiotics in London habe ich gelernt: Je breiter das Antibiotikum, desto mehr Resistenz. – Ich sage das mal ganz plakativ. Ich bin ein Mann der Praxis und kein Mann der Wissenschaft. – Je schmaler, desto weniger. Und je mehr Antibiotika, desto mehr Resistenzen.

Explodiert ist das Ganze meiner Ansicht nach nach 2000/2005. In der Zeit ist dann auch unsere Ärzteinitiative entstanden, die ich mit initiiert habe. Mit der Kombination tätiger gelernter Landwirt ehemals und jetzt Transplantation/Dialyse hielt ich es für richtig, mich mit meinen Erfahrungen der Öffentlichkeit vorzustellen.

Nachdem ein bestimmter Artikel über mich erschienen ist, hat sich mein Leben ein bisschen verändert. Inzwischen habe ich sogar ein positiv besetztes Aktenzeichen im Bundeskanzleramt. Noch. Das wird sich aber wahrscheinlich bald ändern, weil ich mit Frau Merkel in dieser Frage nicht mehr einverstanden bin.

Ich sehe eindeutig den Zusammenhang zwischen dem Antibiotikaeinsatz in der Massentierhaltung – Weltmeister in Deutschland ist der Postleitzahlbereich 49 – und den Krankheitsfällen. Das ist kongruent.

Um die weitere Frage gleich zu beantworten: Brauchen wir überhaupt neue Antibiotika? – Dazu sage ich – das wird vielleicht den Antragsteller hier, die AfD, wundern –: Nein. Das brauchen wir nicht. Wir brauchen nur ein völlig anderes Management. Wir haben Antibiotika genug.

Vor allen Dingen brauchen wir keine neuen Antibiotika, wenn wir wissen – erstaunlicherweise wissen das wenige –, dass wir mehr gesunde Tiere über sogenannte Medikatoren systemisch mit Reserveantibiotika behandeln, und zwar für ihre Lebenszeit bis zum 32. Tag, um die Schlachtreife zu erhalten. Ich weiß gar nicht, ob dieser Begriff „Medikator“ hier überhaupt bekannt ist. Diese Tatsache ist für mich mit die Hauptursache für die Entwicklung von Resistenzen. Das ist für mich ein Verbrechen an der Menschheit, dass Reserveantibiotika systemisch an gesunde Tiere gegeben werden, vorzugsweise über Trinkwasser und eingestellt von dem Landwirt nach Vorgabe des Tierarztes, wenn es noch einigermaßen funktioniert. Medikatoren kann man einstellen. Ich frage mal gespannt: Wer kennt hier diesen Begriff „Medikatoren“ überhaupt?

(Niemand von den Anwesenden meldet sich.)

– Nein. Das ist nicht wahr. Gut. Es gibt verschiedene. Sie können natürlich in die berühmten Suchmaschinen gehen und das zum Beispiel bei „top agrar“ nachlesen.

Der Landwirt stellt das ein. Er hat in der Regel drei bis vier verschiedene Dosierintervalle. Nach Maßgabe des Tierarztes kann er dann vorzugsweise die Chinolone einsetzen.

Colistin ist auch sehr beliebt. In meinen Unterlagen ist ein Rechenbeispiel zu finden von dem ehemals obersten Pharmakologen dieser Republik im Bundesgesundheitsamt Professor Peter Schönhöfer, der auch zu unserer Initiative gehört. 69 Tonnen Colistin im Zeitraum 2016 vorzugsweise Geflügel, vorzugsweise Puten – das entspricht, wenn man das nach den sauberen Kriterien auf Menschentherapie umlegt, einer Therapieanzahl von 69 Millionen Bundesbürgern. Das ist fast die gesamte Bevölkerung für eine normale zehntägige Therapie. Ich wiederhole: 69 Millionen versus 69 Tonnen in der Tiermedizin, nur damit die Puten in Rekordzeit mastfähig werden.

Wir setzen Colistin meines Wissens nur bei Mukoviszidose-Patienten ein als Reserveantibiotika. Das ist eine genetische Erkrankung. Die Erkrankten versterben meistens ab dem 30. Lebensjahr aufgrund von Lungeninfektionen und ähnlichem. Meines Wissens sind das nicht viel mehr als 10.000 Patienten. Das steht dagegen.

So lange dieser Tatbestand so ist – ich bin wirklich erstaunt, dass niemand hier diese Medikatoren kennt –, brauchen wir kein neues Antibiotikum. Das ist völliger Blödsinn.

Die Explosion an multiresistenten Keimen, die ich seit dem Jahr 2005 oder 2010 erlebe auf Intensivstationen hinter jeden dritten Tür – in dieser Region gibt es viele Hühnerställe, und WIESENHOF hat da seinen Schlachtbetrieb –, geht aus meiner Sicht einher mit dem Verbrauch in der Massentierhaltung.

Dass es auch anders geht, machen uns andere Länder vor, die skandinavischen, Dänemark und Holland, die das Problem mit multiresistenten Keimen auch schon weitgehend gelöst haben, indem sie zum Beispiel Reserveantibiotika schlicht verboten haben.

Warum wird das in Deutschland nicht verboten? Das wäre der erste und vernünftigste Schritt. Frau Merkel hat in einer Bundestagsrede versprochen, dieses Problem nachhaltig anzugehen. Das war erstmals am 27. November, an einem Donnerstag um 17 Uhr. Daran kann ich mich noch gut erinnern. Da dachte ich: Prima, Frau Bundeskanzlerin. Sie tun jetzt tatsächlich etwas für unser Land, nämlich Schaden abwenden. – Erfolgt ist bisher nichts. Wir haben nach wie vor als einziges Land in Europa das sogenannte Dispensierrecht. Tierärzte können mit Antibiotika handeln und sie gleichzeitig verschreiben.

Wenn ich dann gleichzeitig in einem MRSA-Netzwerk unter Leitung der ehemaligen Gesundheitsministerin Frau Rundt in Hannover höre von einem Leiter eines Gesundheitsamtes in Hannover und in Osnabrück, dass eine Hauptschuld auch darin liegt, dass der Allgemeinmediziner freitags noch ein Rezept ausstellt, um am Wochenende Ruhe zu haben, dann will ich auch gar nicht in die Wissenschaft gehen. Denn das ist für mich ... Ich kann das gar nicht beschreiben, was das für ein Niveau ist. Oder die Teilnahme an einer Ethikkommission in Berlin – ich begreife es nicht als ehemaliger Landwirt, der wohlgerne selber Antibiotika gegeben hat, aber selektiv und nach Indikation und möglichst schmal. Ich habe als Landwirt selber Schweine behandelt. Das ist gar keine Frage. Darum geht es auch nicht. Aber Reserveantibiotika an gesunde Tiere über Medikatoren systemisch zu geben – ich wiederhole es noch einmal, auch wenn ich dafür gelyncht werde –, ist für mich ein Verbrechen an der Menschheit. Das ist einfach so. Da rede ich mich immer etwas in Rage.

Jetzt komme ich langsam wieder runter. Das wären für mich die Dinge, die eigentlich sofort passieren müssten und bei denen wir auch mit der EU zusammen mit German-watch initiativ werden, weil gerade auch dort neue Richtlinien – ich kenne die im Einzelnen nicht – in der Diskussion sind.

Die Frage, ob wir neue Antibiotika brauchen, habe ich beantwortet: Nein. Die brauchen wir nicht. Wir brauchen nur ein völlig anderes Management der Reserveantibiotika.

Wenn Herr Kollege May sagt, wie die Krankenhausgesellschaft mit Reserveantibiotika umgeht, dass Oberärzte ihr Statement abgeben müssen und nicht der einfache Assistenzarzt das Antibiotikum verordnen kann, dann muss man das mal der Putenmast gegenüberstellen. Das finde ich unglaublich, dass man dabei noch ruhig bleiben kann, wenn man das weiß.

Eine Frage war, wie man sich die Landwirtschaft vorstellt. Als Mann der Praxis habe ich ein Anschauungsbeispiel mitgebracht. So stelle ich mir das vor. Das ist ein Schinken.

(Der Redner zeigt den Anwesenden einen verpackten Schinken.)

Das ist ein Schinken von meinem alten Lehrbetrieb. Ich mache jetzt keine Werbung oder sowas. Aber dieser Schinken ist ein gutes Beispiel dafür, wie man das Problem der Entwicklung multiresistenter Keime nach meiner Erfahrung löst.

Die skandinavischen Länder haben nach dem Verbot der Reserveantibiotika deutlich weniger Resistenzen.

Der Betrieb besteht seit 500 Jahren. Der Betrieb hat irgendwann den Bestand von 2.000 auf 200 bis 300 zurückgeführt. Der Sohn hat Schlachter gelernt. Die machen jetzt alles selber, schlachten selber und vermarkten alles selber. So entsteht dieser Schinken. Die haben gegenüber früher null Antibiotikagebrauch.

Das heißt ganz klar – englische Universitäten forschen zu diesem Thema ganz viel und bestätigen das auch –: Die Haltungsbedingungen bestimmen den Antibiotikaverbrauch maßgeblich in der Tierhaltung. Das ist einfach so. Dem müssen wir Rechnung tragen. Bei einem Hähnchenstall mit 40.000 Hühnern müssen Sie systemisch Antibiotika geben. Der arme Landwirt kann das gar nicht anders machen. Wird ein Vieh krank, werden alle krank. Das ist so ähnlich wie: Wenn in Düsseldorf einer Schnupfen hat, müssen alle Düsseldorfer Antibiotika nehmen. Das bildet die Resistenzen. One World, One Health. Wir müssen das nicht aufspalten: Das ist der Keim aus dem Stall, und das ist der Keim aus dem Krankenhaus. Die Multiresistenzen sind weit im System, überall, in der Gülle inzwischen, selbst auf Biogemüse, überall. Es gibt natürlich spezielle Untersuchungen. Bei den Puten sind am meisten multiresistente Keime zu finden. Untersuchungen ergeben zu 90 % multiresistente Keime. Das heißt, die dürfen beim Kochen eigentlich nur mit Handschuhen angefasst werden.

Bei diesen resistenten Keimen gibt es am meisten Resistenzen gegen mein geliebtes Chinolon, das wir ja sehr viel bei Harnwegsinfekten in der Transplantationsmedizin einsetzen. Eine frisch transplantierte Patientin – ihr Ehemann hat genau das gemacht, was unser geschätzter Bundespräsident auch gemacht hat, nämlich seiner Frau eine Niere gespendet – hat jetzt eine Urosepsis, also eine lebensgefährliche Erkrankung. Wahrscheinlich wird sie in den nächsten Monaten ihr Transplantat verlieren.

Das ist dem geschuldet: Chinolone haben dramatisch zugenommen im Verbrauch, um 50 % in den letzten Jahren als Reserveantibiotika in der Massentierhaltung. Warum? – Wegen der Gewichtseinheit. Das wird von den Politikern bejubelt: Toll, wir haben jetzt alles halbiert. – Das ist zwar immer noch höher als in der Humanmedizin. Früher war das das Drei- bis Vierfache. Jetzt ist es nur noch das Doppelte. Ja. Das ist toll. Reserveantibiotika haben einen siebzigfach höheren Wirkungsgrad. Das ist ganz toll. Dann kann ich natürlich halbieren und als Politiker sagen: Klasse, wir haben reduziert von den normalen Antibiotika.

Das ist meine Position. Entschuldigen Sie, dass ich versuche, das so klar darzustellen, und auch hoch emotional, wie Sie vielleicht merken. Aber es ist so.

Nur ein Beispiel: Tetrazykline sind beliebt in der Schweinemast. Mit 1 kg Tetrazyklin kann ich 39.000 Schweine behandeln. Mit 1 kg Chinolone kann ich über 2 Millionen behandeln, gleiche Gewichtseinheit. Jeder kann sich jetzt eigentlich ausdenken, was dieser Fortschritt bedeutet. Reserveantibiotika machen aber mehr Multiresistenzen.

Das ist meine massive Kritik in Deutschland. Es gibt zwar Länder, die noch schlimmer sind als wir, zum Beispiel Spanien. Aber wir sind hier in Deutschland. Wir haben eigentlich das Wissen. Jeder, der ein bisschen denken kann, kennt die Zusammenhänge. Massentierhaltung begann Mitte der 90er-Jahre. Da wurde systemisch noch Antibiotika im Futtermittel dazu gegeben. Das haben wir jetzt nicht mehr. Dafür sind jetzt die Medikatoren da.

Das wird weiter explodieren, wenn wir das so machen wie bei den Chinesen. Da explodieren gerade die Colistin-Resistenzen. Ein geschätzter Professor aus London hat da große Untersuchungen machen dürfen, veröffentlicht im „Lancet“ vor drei Jahren. Das ist eine bekannte Medizinerzeitschrift. Es ist Wahnsinn, was da auf uns zukommt. Da kommen wir wieder zum Reisetourismus. Auf dem Weg werden dann die Keime nach Deutschland importiert. Da steht uns einiges ins Haus, wenn wir nicht handeln. Das ist mein fester Glaube.

Prof. Dr. Franz-Josef Schmitz (Mühlenkreiskliniken, Johannes Wesling Klinikum Minden): Sehr verehrte Damen und Herren, vielen herzlichen Dank für die Einladung.

Ich schildere mal kurz meinen Werdegang, damit Sie meine Antwort zu den Antibiotika verstehen können. Ich bin von Hause aus Mikrobiologe, Hygieniker und Labormediziner, habe aber lange Zeit in Düsseldorf gearbeitet. Düsseldorf liegt ja sehr nahe an Wuppertal. In Wuppertal war das Forschungszentrum von Bayer. Meine Habilitationsschrift beschäftigt sich mit dem Thema „Resistenzentwicklung unterschiedlicher Mikroorganismen“. Wir haben damals bei den von meinem ärztlichen Kollegen gerade angesprochenen Chinolonen die Resistenzentwicklungsstudien durchgeführt. Infolgedessen kenne ich mich ein bisschen mit dem Thema aus.

Fangen wir mal mit der ersten Frage an, ob wir neue Antibiotika brauchen. Aus meiner Sicht brauchen wir ganz dringend neue Antibiotika, weil wir insbesondere im gramnegativen Sektor – und auf den gehe ich ja gleich noch separat ein – am Ende unserer therapeutischen Möglichkeiten sind.

Wir beschreiben die ESBL – das ist das Akronym für Extended-Spectrum-Beta-Laktamasen bildende Keime – in Deutschland entsprechend den RKI-Empfehlungen auch als 3MRGN oder 4MRGN. Das bedeutet, wir haben drei oder vier Antibiotika, die bei diesen gramnegativen Keimen nicht mehr wirksam sind. Wir haben sehr viele 3MRGN. Wir haben aber in Deutschland inzwischen auch 4MRGN, die nachweisbar sind. 4MRGN heißt nichts anderes als dass wir außer Colistin keine Therapieoption mehr haben.

Aufgrund dieser Tatsache bin ich der festen Überzeugung, dass wir antibiotische Substanzen entwickeln müssen und auch neue antibiotische Substanzen brauchen.

Wir leben aber natürlich in einer kommerziell geprägten Forschungsumgebung, und diese kommerziell geprägte Forschungsumgebung heißt: Wir brauchen für die Entwicklung einer Substanz und auch eines Antibiotikums in der Regel acht bis neun Jahre von den ersten strukturellen Untersuchungen, wie ein derartiges Antibiotikum aussehen könnte, bis zu den Testungen, wie die zu behandelnden Patienten in der Dosierung zu behandeln sind und welche Nebenwirkungen auftauchen.

Wenn Sie auf der anderen Seite wissen, dass der Patentschutz in der Regel 15 Jahre lautet, dann hat die pharmazeutische Industrie ein Vermarktungsfenster von fünf bis sechs Jahren. Diese fünf bis sechs Jahre sind natürlich ein überschaubarer Zeitraum.

Dann muss man sich auch wiederum – das habe ich auch in meiner Stellungnahme geschrieben – vor Augen führen, dass man in der Regel ein Antibiotikum fünf bis sieben Tage gibt. Alle anderen Substanzen wie onkologische Präparate, wie kardiologische Präparate oder auch Mittel zur Behandlung der männlichen Impotenz gibt man aber den Rest seiner Tage. Damit hat man natürlich eine ganz andere Wertschöpfungskette. Infolgedessen haben sich natürlich viele pharmazeutische Firmen – nicht nur in Deutschland, sondern weltweit – aus diesem Bereich zurückgezogen.

Damit ergibt sich auch die Antwort auf die Frage, was man machen könnte. Letztendlich gibt es zwei Alternativen. Das Erste ist eine direkte staatliche Forschungsförderung. Das Zweite ist, den Patentschutz zu verändern, indem man den pharmazeutischen Firmen eine andere Möglichkeit der Vermarktung gibt.

Die weitergehende Frage war, ob es sinnvoll ist, die Antibiotikaproduktion, die bisher ja primär im indisch-asiatischen Raum nur noch stattfindet, nach Deutschland oder nach Europa zu verlegen. Ich halte es auf jeden Fall für sinnvoll, das, was wir jetzt vor Kurzem erlebt haben, den Belieferungsengpass bei einigen Betalaktamaseinhibitoren, aufzuheben, indem wir an unterschiedlichen Orten produzieren. Ob das jetzt nun unbedingt Deutschland sein muss, ist die Frage. Aber man sollte es auf jeden Fall aus meiner Sicht in der Zukunft an unterschiedlichen Orten produzieren, damit man diese Abhängigkeit von einer Fabrik, in der weltweit nur diese eine Substanz noch produziert wird, reduzieren kann.

Die Frage auf Nordrhein-Westfalen bezogen: Wir haben ja ursprünglich Forschungsstandorte in Deutschland gehabt. Wir hatten einen großen Forschungsstandort in Wuppertal. Dieser Forschungsstandort ist aus den genannten Gründen aufgegeben worden. Ich halte die Entwicklung definitiv für falsch. Man sollte auch schauen, wieder eine entsprechende lokale Forschung aufzubauen. Nur wird man hier in Nordrhein-Westfalen im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern nichts bewirken können.

Man müsste aus meiner Sicht schon eine Forschungsförderung entweder auf EU-Basis oder mit den Vereinigten Staaten von Amerika auf den Weg bringen, um auch eine größere Unabhängigkeit zu bekommen. Das Geld dafür gibt es entweder aus den staatlichen Töpfen oder aus den privaten Töpfen. Es gibt genügend Equity-Firmen, die entsprechende Investitionsmöglichkeiten suchen. Nur man muss ihnen letztendlich eine Möglichkeit der Vermarktung geben.

Ich möchte Herrn Dr. May in zwei Punkten, obwohl er ärztlicher Kollege ist, widersprechen.

Der eine Punkt betrifft die Antibiotikaverordnung in Kliniken. Das ist ein ganz, ganz wichtiger Punkt. ABS ist von extremer Wichtigkeit. Wir haben in Deutschland nur das Problem, dass es viel zu wenige ABS-Fortbildungsplätze gibt. Wenn die Politik hier einen entsprechenden Ansatz fördern würde, dass andere Ausbildungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, wäre das von entscheidender Bedeutung. Wir haben letztendlich zwei Institutionen – eine sitzt in Freiburg, eine sitzt in Bonn –, in denen bundesweit ABS-Experten ausgebildet werden. Diese Kurse sind jetzt schon für die nächsten Jahre ausgebucht. Das heißt, man hat überhaupt nicht die Möglichkeit, an Krankenhäusern entsprechende ABS-Experten zu bekommen.

Der zweite Punkt, den ich noch ansprechen wollte, ist: Was sind Reserveantibiotika? – Ich habe zu Beginn meiner Tätigkeit, nachdem ich lange in Düsseldorf an der Uniklinik war, auch ungefähr zehn Jahre als Gastwissenschaftler in Utrecht in den Niederlanden gearbeitet. Die Definition „Reserveantibiotika“ wird in den unterschiedlichen Staaten völlig unterschiedlich gewertet. Bei uns sind zum Beispiel Carbapeneme keine klassischen Reserveantibiotika. Das holländische System, von dem ja immer so viel Positives berichtet wird – was ich auch ehrlicherweise zumindest in einigen Punkten für wirklich vorbildlich halte –, ist anders aufgebaut. Das heißt, es gibt dort keine ABS-Experten, sondern jedes Antibiotikum muss von einem Mikrobiologen freigegeben werden. Auch das wäre etwas, was man sich zumindest von der Politik als Option mal überlegen sollte.

Dann gehen wir jetzt in den zweiten Bereich: die multiresistenten Erreger. Ich möchte Ihnen in einer kurzen Einleitung einmal vermitteln, welche Probleme wir haben. Wir haben auf der einen Seite „Antibiotika, Antibiotikagaben“ und auf der anderen Seite „Hygiene“. Das sind ja zwei Begriffe, die per se gar nichts miteinander zu tun haben. Aber wie sind die eigentlich miteinander vernetzt? – Durch ein Antibiotikum wird auf ein Bakterium ein Druck ausgeübt – drücken wir es mal ganz allgemein aus. Dieser Druck führt dazu, dass ein Teil der Bakterienpopulation resistent wird. Wir haben dann multiresistente Bakterien vorliegen. Man könnte also auf der einen Seite durch einen adäquaten Antibiotikaeinsatz oder durch einen geringeren Antibiotikaeinsatz die Anzahl der multiresistenten Bakterien senken. Das ist das Eine. Wenn wir sie aber haben, dann entstehen Infektionen in der Regel dadurch, dass die Hygienevorschriften nicht eingehalten werden. Wenn wir also auf der einen Seite an den Antibiotikagaben etwas verändern – entweder gerichteter oder weniger oder das richtige Antibiotikum –, erzeugen wir weniger resistente Mikroorganismen. Wenn wir auf der anderen Seite der Hygiene etwas verbessern, gibt es weniger Möglichkeiten innerhalb eines Surroundings, dass es zu einer entsprechenden Infektion kommt. Also beides gehört

zusammen. Man kann nicht das Eine tun, ohne das Andere zu lassen. Denn ansonsten kann man die Probleme de facto nicht beseitigen.

Wir haben vor Jahren einen MRSA-Anstieg gehabt. Der Kollege neben mir hat die MRSA angesprochen, die 1963 das erste Mal entstanden sind. 1961 gab es das Oxacillin. Zwei Jahre später sind die ersten multiresistenten MRSA entstanden.

Man hat dann jahrelang gar nichts dagegen getan. Das hat letztendlich niemanden interessiert. Die Surveillance-Bemühungen in der Politik sind vor ungefähr zehn, fünfzehn Jahren entstanden. Vorher hat sich um MRSA in Deutschland kein Mensch gekümmert. Das war in den Niederlanden sicherlich schon viel, viel früher ein Thema aus unterschiedlichsten Gründen.

Man hatte dann nachher die angesprochene Prävalenzrate von ca. 20 % bis 25 % multiresistente oder methicillin-resistente Staphylococcus aureus-Isolate bezogen auf die Population der Staphylococcus-aureus-Stämme. Diese ist jetzt gesunken durch Screening-Maßnahmen, durch entsprechende Isolationsmaßnahmen etc.

Es gibt aber einen entscheidenden Unterschied zwischen den MRSA, die wir in den Griff bekommen haben, und den ESBL, die wir aus meiner Sicht auch so schnell nicht in den Griff bekommen werden. Das ist die Übertragung. Ich bin im Gegensatz zu Herrn Dr. May auch etwas anderer Ansicht, was die Sanierung anbetrifft. Nach meiner Ansicht gibt es keine MRSA-Sanierung. Das heißt, man weist sie nur nicht mehr nach. Wir reduzieren die MRSA-Zahl auf der Haut oder in den entsprechenden Nachweisstrukturen, die dann aber wieder hochkommen in dem Moment, wo der Patient ein Antibiotikum bekommt.

Aber unabhängig davon: MRSA werden primär durch einen direkten Kontakt Mensch zu Mensch oder Mensch und unbelebte Umgebung übertragen, und zwar wird der Keim übertragen. Bei den ESBL ist nicht der Keim das Entscheidende, sondern bei den ESBL, den multiresistenten gramnegativen Stäbchen, ist das mobile genetische Element, das Plasmid, das Entscheidende, sodass wir dort nicht einen Keim übertragen, sondern eine Struktur des Keims. Diese wird in einer Milliardenpopulation im Darm letztendlich ausgetauscht, und eine Sanierung der Patienten ist so gut wie unmöglich. Das heißt im Klartext: einmal ESBL, immer ESBL. Jeder Patient, der ESBL-positiv ist, wird für den Rest seiner Tage ESBL-positiv sein. Wenn wir jetzt hier eine entsprechende Analyse bei Ihnen durchführen würden, würden wir bei ungefähr 10 % der Population ESBL nachweisen können. Eine Sanierung wäre höchstens durch einen kompletten Stuhltransfer möglich. Aber das ist ja keine klassische Option.

Also wir haben eine dauerhafte Besiedlung – das ist das Erste –, und zwar bei einem erheblichen Teil oder zumindest einem entsprechenden Teil der Bevölkerung. Screening ist notwendig, und zwar ist dieses in der Regel das Stuhl-Screening.

Zu der Frage, wie man damit umgeht: Das ist wiederum Zweierlei. Wir brauchen auf der einen Seite Substanzen für die Therapie, wenn es um den Patienten tatsächlich kritisch wird. Denn multiresistente Erreger sind nicht primär gefährlich oder nicht primär existenziell bedrohend. Sie sind dann bedrohend, wenn das Immunsystem des Patienten selber zusammengebrochen ist. In dem Moment stellt ein multiresistenter Erreger eine Gefahr dar. So lange das für den einzelnen Patienten nicht der Fall ist, ist es

etwas, womit man leben kann. In dem Moment, wo man immunsupprimiert wird, wird es für den einzelnen Patienten oder seine Familienangehörigen, die in der direkten Umgebung sind, durchaus gefährlich.

Was muss man also machen? – Man muss so schnell wie möglich feststellen, ob jemand ESBL-positiv ist oder nicht. Das ist das Screening. Das Zweite ist: In dem Moment, wo es kritisch wird, muss man adäquat therapieren. Dazu brauchen wir neue Antibiotika, weil wir 3MRGN und 4MRGN schon haben. Das Vierte ist die Isolation dieser Patienten. Da bin ich durchaus anderer Meinung als die RKI-Empfehlungen das formulieren. Ich persönlich würde strikter isolieren. Die Isolationsvorschriften entsprechend RKI sehen vor, dass 3MRGN nur auf den Intensivstationen zu isolieren sind. Ich persönlich würde diese Patienten auch auf Normalstationen isolieren, um die Übertragungswahrscheinlichkeit zumindest zu reduzieren.

Ich hoffe, ich habe damit die Fragen einigermaßen beantworten können, und stehe gerne für weitere Fragen zur Verfügung.

Prof. Dr. Susanne Schwalen (Ärztchammer Nordrhein, Ärztekammer Westfalen-Lippe): Vielen Dank für die Möglichkeit, zu Ihnen zu sprechen.

Ich würde gerne, bevor ich zu der ersten Frage „Wie bewerten Sie die Maßnahmen in NRW und Deutschland gegenüber anderen EU-Ländern?“ komme, eine Sache relativieren. Das ist uns ziemlich wichtig. Es geht um die Zahlen und die Häufigkeiten. In Deutschland haben wir ungefähr 400.000 bis 600.000 nosokomiale Infektionen. Davon haben wir etwa 30.000 Infektionen von multiresistenten Erregern und „nur“ 1.500 Infektionen mit Erregern, die fast gegen alle Antibiotika resistent sind. Das ist deshalb wichtig, weil durch die Presse häufig diese Zahl von 15.000 – also eine zehnfach höhere Zahl – geht. Ich möchte das jetzt nicht nur auf eine Publikation von Herrn Fätkenheuer im „Deutschen Ärzteblatt“ stützen, sondern auch noch mit einer Publikation von der WHO und der OECD vom Juni 2017. Da wird EU-weit von ungefähr 25.000 Todesfällen gesprochen. Das kann also nicht sein, dass wir in Deutschland hiervon 15.000 haben, zumal in eben jener Publikation auch gezeigt wird, dass wir im OECD-Vergleich und auch im EU-28-Durchschnitt auf der besseren Seite sind.

Ich will damit jetzt nicht sagen, dass wir dieses Thema nicht sehr ernst nehmen müssen, aber ich glaube, man muss es manchmal relativieren, weil wir uns häufig auch nur im MRSA-Sektor bewegen und eigentlich vielleicht da auf einer anderen Ebene denken sollten. Das war mir wichtig.

Ich möchte auch noch ein Statement vorher machen. Die Relevanz von Infektionen über alles – damit hat ja auch die Hygiene zu tun – ist trotzdem noch hoch. Denn weltweit sind an Platz sechs der Todesursachenstatistik die Infektionen der Lunge. Auch in Deutschland findet man sie entsprechend. Die Multiresistenten machen nur einen kleinen Teil der Todesursachen insgesamt aus. Das war mir wichtig, das richtigzustellen.

Wie bewerten wir die Maßnahmen? – Ich denke, dass wir sehr viel einfach schon auf den Weg gebracht haben und wir vielleicht auch ein bisschen Geduld haben müssen, bis all diese Maßnahmen wirken. Wir haben ja in bestimmten Bereichen auch schon ein Absinken von Erregernachweisen gesehen.

Wir haben die Maßnahmen, die hier eben schon genannt worden sind: Antibiotic Stewardship. Da brauchen wir noch mehr Ärzte in Ausbildung. Aber das ist ein Programm, mit dem man wirklich Leute qualifiziert, damit sie im Krankenhaus gut wirksam werden können. Wir haben hier in NRW den Krankenhaushygieniker eingeführt. Da steigen die Zahlen langsam.

Was wir als Ärztekammer problematisieren wollen, ist: Bei den Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin sowie den Fachärzten für Mikrobiologie haben wir relativ gesehen hier in NRW niedrige Zahlen. Das liegt unter anderem auch daran, dass wir gerade in den Universitäten auch immer weniger Institute haben und immer weniger Plätze für wissenschaftliche Mitarbeiter, die dort weitergebildet werden. Das sagen wir immer wieder. Das ist notwendig, uns da die Kompetenzen zu erhalten und qualifiziertes Personal zu schulen.

Wir haben jetzt auf dem Deutschen Ärztetag die Zusatzweiterbildung Infektiologie beschlossen. Die gab es schon vorher, aber die wird jetzt ausgedehnt. Die ist also nicht nur bestimmten Fachärzten vorbehalten, sondern Fachärzten aus allen patientennahen Bereichen. Das ist ein mittelfristiges Programm, aber da wird sich auch etwas tun.

Wir glauben, dass wir den Blick ein bisschen erweitern müssen und nicht nur in Richtung multiresistent denken müssen. Die Vielzahl der Antibiotikaeinsätze und der Infektionen haben wir im ambulanten Bereich. Darauf sollten wir vielleicht mehr schauen. Da gibt es aus der Ärzteschaft das Choosing-Wisely-Programm, das im Bereich der Infektiologie auch klare Positiv- und Negativvorgaben macht. Wann setze ich es ein, wann setze ich es nicht ein? Gebe ich es oral oder i.v.? Das ist ein Programm, wo man sagen muss: Dem ambulanten Bereich müssen wir uns noch einmal ganz besonders zuwenden.

Wir haben hier übrigens in Nordrhein-Westfalen auch ein sehr großes Projekt dazu laufen, das TELnet-Projekt, wo wir versuchen, einen Wissenstransfer aus der Universität von den Infektiologen in die Niederlassungen hinein zu erreichen.

Ich möchte noch auf etwas hinweisen, was Herr Meyer schon genannt hat zu der Frage, wie die Maßnahmen bewertet werden. Eine Sache, die wir als Ärztekammer auch immer wieder ansprechen, ist das Dispensierrecht. Das ist ein Riesenproblem in der Tiermedizin, dass der Tierarzt gleichzeitig die Medikamente verschreiben und verkaufen kann. Da haben wir einen Interessenskonflikt. Das muss angefasst werden. Das sagen wir seit Jahren. Dieses Problem ist in den letzten Jahren tatsächlich so häufig in der Presse dargestellt worden, dass die Abgabe von Antibiotika in der Tiermedizin besser geworden ist, weil die total daily dosages runtergingen. Aber in Wirklichkeit sind dann Reserveantibiotika eingesetzt worden. Damit können Sie das Ganze im Grunde genommen mal 70 nehmen.

Wir sind auf einem guten Weg. Wir müssen Maßnahmen, die eigentlich schon möglich sind, weiter ausbauen, Qualifizierungsmöglichkeiten, Angebote. Aber wir haben an vielen Stellen schon gut angepackt.

Zweite Frage: Neue Antibiotika – wie kann die Entwicklung besser unterstützt werden? – Da bin ich bei Herrn Schmitz, dass wir das natürlich nicht NRW-weit machen können.

Deutschlandweit macht sicherlich auch wenig Sinn, sondern das müssen wir uns mindestens EU-weit anschauen. Es gibt auch schon Programme von Organisationen, von der IMI und der EFPIA. Das ist ein Zusammenschluss von pharmazeutischen Firmen, die sich Gedanken darüber gemacht haben.

Vielleicht als Nebensatz: Ich war zwölf Jahre in einer leitenden Funktion in einer pharmazeutischen Firma tätig.

Bezüglich der Entwicklung von Antibiotika brauche ich das nicht weiter auszuführen. Das hat Herr Schmitz schon gesagt.

Es gibt dann diverse Ideen, wie man da Entwicklungen stärken kann. Wenn Sie die Zahlen sehen: Von 1983 bis 1987 gab es 16 neue Antibiotika, von 2013 bis 2016 nur noch fünf neue Antibiotika, die auf den Markt gekommen sind. Also das ist zurückgegangen. Wir haben sehr lange Entwicklungszeiten. Die Entwicklungen sind sehr teuer, und man muss Anreize schaffen. Ich bin auch davon überzeugt, dass wir neue Angriffspunkte brauchen. Die Industrie sagt auch ganz klar, wir müssen da ganz neue Wege beschreiten. Also wir können nicht mehr die normalen High-Throughput-Verfahren nehmen, bei denen man praktisch immer wieder bei den gleichen Mechanismen landet, sondern wir brauchen wirklich neue Entwicklungen. Da bietet es sich an, Public-private-Partnerships zu machen. Es müssen Koordinationen stattfinden, wer was entwickelt, damit die Pipelines der Firmen koordiniert werden.

Es müssen auch gesicherte Zahlungen erfolgen. Wenn Sie sich vorstellen, dass die Entwicklung eines Medikaments eine Milliarde kostet, und Sie dürfen hinterher das Antibiotikum als Reserveantibiotikum einsetzen für fünf Tage, aber erst nachdem fünf andere ausprobiert worden sind, dann ist das eine winzige Menge, und dafür werden diese Medikamente nicht mehr entwickelt. Das ist für uns alle ein großes Problem. Da muss man sich auf EU-Ebene weiter koordinieren, um das zu verbessern.

Bezüglich der Herstellung von Medikamenten halte ich das auch für extrem sinnvoll, dass wir das hier koordinieren, dass wir sehen, dass mindestens in Europa Standorte entstehen, an denen Medikamente hergestellt werden. Sehr häufig wird ein Medikament an einem Standort hergestellt und von verschiedenen Firmen gekauft und dann auf den Markt gebracht. Aber in Wirklichkeit hängen wir an ein, zwei Standorten. Ich habe persönlich erlebt, dass ein Dach kaputtgeht, und dann wird ein Medikament, das für Mukoviszidose gebraucht wird, nicht mehr hergestellt, bis das Dach repariert ist. Das geht nicht. Die Patienten brauchen das täglich. Insofern haben wir da vor allen Dingen Lobbyarbeit auf Europaebene zu machen, um die Versorgung der Patienten zu sichern.

Ich möchte noch einen Hinweis geben zur Isolation. Da bin ich ein bisschen konträr zu meinen Vorrednern. Dazu gibt es Artikel, dass man das differenziert sehen muss, welche Patienten isoliert werden und welche nicht. Herr Fätkenheuer von der Universität Köln hat dazu auch ganz differenzierte Empfehlungen gegeben. Da müsste man sich vielleicht anhand der Prävalenzen auch tatsächlich noch einmal überlegen, wie man das strukturiert.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Vielen Dank für die ausführlichen Statements. Das war ja auch ein Sinn des Antrags. Anträge der Opposition sind ja nicht unbedingt der Umsetzung nahe. Deswegen ist natürlich eine der Ideen hinter dem Antrag gewesen, wieder eine gewisse Awareness – neudeutsch ausgedrückt – für dieses Thema zu schaffen und vor allen Dingen in diesem Rahmen auch Ihre zum Teil großartigen Statements noch einmal in die Politik hineinzutragen, weil das Thema ja doch sehr wichtig ist.

Der Antrag selbst fußt ja auf verschiedenen Ideen, die in ihm verarbeitet werden.

Es klang so an bei den Ausführungen der Kollegen, dass der Antrag vielleicht die schon geleistete Arbeit nicht umfänglich würdigt. Das ist nicht der Fall. Ihre Statements zeigen ja, dass wir bereits eine ganz Menge an Know-how in Nordrhein-Westfalen und auf deutscher Ebene haben. Aber es ist ja auch kein Geheimnis, dass es in der Zusammenführung der verschiedenen Teilbereiche durchaus noch Verbesserungspotenziale gibt. So ist es von der chemischen Industrie über die Jahre hinweg auch immer wieder gefordert worden, dass man das bündelt. Ich glaube, da könnte Nordrhein-Westfalen auch eine Modellregion werden.

Herr Professor Dr. Schmitz, Sie führten aus, es gäbe zwei Möglichkeiten, nämlich auf der einen Seite in Richtung Patentrecht. Das ist eigentlich eine sehr attraktive Möglichkeit. Wenn wir uns den Zeitgeist anschauen, dürften wir uns international allerdings nicht nur Freunde damit machen, wenn wir solche Fragen aufs Tableau heben wie das Patentrecht und da eine Novellierung fordern.

Die andere Seite ist dann im Prinzip die staatliche Förderung dieser kapitalistisch schwierigen Forschungsbereiche. Da ist mir auch durchaus bewusst, dass wir nicht mehr in Zeiten leben, in denen einem der Apfel auf den Kopf fällt und man dadurch Ideen erlangt. Da geht es um große Förderbudgets. Von daher ist die Frage, ob man sich nicht auch vorstellen könnte, bei diesen großen Förderbudgets, die auf europäischer Ebene generiert werden könnten, im Sinne eines eher modernen Crowdfundings zum Beispiel als Modellregion NRW voranzugehen und im Prinzip einen symbolischen Beitrag dazu zu leisten, dass wir wirklich dieses Problem ernst nehmen.

Prof. Dr. Franz-Josef Schmitz (Mühlenkreiskliniken, Johannes Wesling Klinikum Minden): Ich sage kurz etwas dazu, wie überhaupt Antibiotikaforschung zurzeit stattfindet. Auf der einen Seite gibt es die molekulegetriebene Forschung. Das heißt, man entwickelt Substanzen, die dann in aufwendigen Untersuchungen auf ihre antibakterielle Aktivität getestet werden. Das ist der klassische Mainstream-Ansatz. Der zweite Ansatz ist, in der Natur nach Substanzen zu suchen, die zufällig eine antibakterielle Aktivität erweisen. Es gibt zum Beispiel Menschen, die im Amazonas nach antibakteriellen Substanzen suchen oder die sich mittelalterliche Sude überlegen und dann gucken, ob es darin etwas gibt, was potenziell antibakteriell sein könnte.

Ich halte es nicht für sinnvoll – das habe ich auch in meiner Stellungnahme geschrieben –, einen lokalen Ansatz zu suchen, sondern ich glaube schon, dass man da eher auf die internationalen Forschungseinrichtungen oder auf die internationale Zusammenarbeit setzen sollte, weil das erfolgversprechender ist.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich habe noch eine Frage zum Antibiotikaeinsatz in der Massentierhaltung. Herr Meyer hat relativ klare Forderungen formuliert und gesagt, dass der Antibiotikaeinsatz nur gezielt bei kranken Tieren und nur dann erfolgen sollte, wenn ein Tierarzt das prophylaktisch verordnet und bestimmte Medikamente vorsieht.

Herr Dr. May und Frau Professor Schwalen, würde es sich nicht lohnen, diesen Präventionsansatz zu verfolgen, um weitere Resistenzen zu vermeiden? Ich habe mir das auch von meinem Hausarzt zeigen lassen, welche Medikamente nicht mehr einsetzbar sind, die ich selbst vor Kurzem noch als Möglichkeit gehabt hätte. Die Frage ist, ob das – neben der Hygiene – ein wesentlicher Schritt ist.

Dr. Peter-Johann May (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.): All diesen Kernaussagen kann man zustimmen. Die sind unstrittig. Wir haben die artgerechte und vernünftige Tierhaltung angesprochen und damit keine Massentierhaltung. Das ist ein allgemeines Empfinden, dass das gut wäre, dass man den Tieren eine vernünftige Umgebung bietet, damit sie nicht krank werden, statt viele Tausend Tiere in einem abgedunkelten Raum zu halten. Da spreche ich aber nur als Laie und Bürger zu Ihnen und nicht als Mitarbeiter der KGNW.

Was sowohl die prophylaktische Gabe von Antibiotika betrifft als auch die weitreichende Gabe von Reserveantibiotika – auch wenn die Definition da vielleicht eine variable ist –, muss ich natürlich als Humanmediziner sagen: Das entspricht nicht meinem Ansatz. Wir behandeln, wenn jemand krank ist und wenn wir sicher sind, dass Antibiotika in diesem Moment auch tatsächlich hilfreich sind. Wir gehen sehr, sehr gewissenhaft mit Antibiotika um.

Wenn das in der Veterinärmedizin nicht so abläuft, dann finde ich das zumindest bemerkenswert und kann es aus meiner Datenbasis heraus nicht nachvollziehen.

Prof. Dr. Susanne Schwalen (Ärztekammer Nordrhein, Ärztekammer Westfalen-Lippe): Ich habe dem nichts hinzuzufügen.

Prof. Dr. Franz-Josef Schmitz (Mühlenkreiskliniken, Johannes Wesling Klinikum Minden): Ich möchte aus mikrobiologischer Sicht noch etwas hinzufügen. Es ist leider nicht so, wie es jetzt hier dargestellt wird, dass man die Kette vom Tier zum Menschen eindeutig ziehen kann. Ich bin natürlich auch gegen Massentierhaltung, und ich bin auch gegen den Antibiotikaeinsatz in der Tierzucht. Das ist gar keine Frage. Darüber sind sich sicher die meisten hier im Raum einig. Es ist aber de facto wirklich nicht so, dass man genau den multiresistenten Keim *Escherichia coli*, den man beim Schwein findet, welches mit Antibiotika behandelt worden ist, dann auch wieder beim Menschen findet. Es ist schon ein bisschen komplexer. Das heißt, wir sehen nicht die direkte Keimübertragung, sondern wir sehen, wenn überhaupt, eine Plasmid-Übertragung. Wie diese Plasmid-Übertragung über unterschiedliche Wege dann ...

Vorsitzende Heike Gebhard: Können Sie den Begriff erklären?

Prof. Dr. Franz-Josef Schmitz (Mühlenkreiskliniken, Johannes Wesling Klinikum Minden): Plasmide sind die mobilen genetischen Elemente, die für die Multiresistenz auf genetischer Ebene verantwortlich sind.

Vor dem Hintergrund ist es sicherlich absolut sinnvoll, zu fordern, dass weniger Antibiotika eingesetzt werden. Aber es ist nicht so, dass man eins zu eins sagen kann: Wenn wir jetzt die entsprechende Dosis oder die entsprechende Menge beim Tier reduzieren würden, würden wir damit beim Menschen auf jeden Fall deutlich weniger Resistenzen haben.

Aus meiner Sicht ist es viel wichtiger, dass man, wenn man eine Infektion hat, und zwar sowohl beim Tier als auch beim Menschen, dann auch tatsächlich eine mikrobiologische Untersuchung durchführt, bevor man das Antibiotikum einsetzt. Denn das ist häufig nicht der Fall. Das heißt, wir behandeln empirisch, also mehr oder weniger anhand von statistischen epidemiologischen Daten, und gehen davon aus, dass wir das richtige Antibiotikum einsetzen. Das ist bei Tieren wahrscheinlich ganz, ganz selten der Fall. Im ambulanten Bereich ist das überschaubar häufig der Fall. Im klinischen Bereich ist es noch am häufigsten der Fall. Das ist aus meiner Sicht eines der entscheidendsten Probleme.

Dr. Gerd-Ludwig Meyer (Ärzteinitiative gegen Massentierhaltung): Herr Schmitz, die Massentierhaltung begann Mitte der 90er-Jahre. Wo waren denn damals die 4MRGN- und 3MRGN-Gruppen? Das ist doch in den letzten Jahren explodiert. Mein Großvater sagt immer: Das Wahrscheinlichste ist immer noch am wahrscheinlichsten.

Prof. Dr. Franz-Josef Schmitz (Mühlenkreiskliniken, Johannes Wesling Klinikum Minden): Noch einmal: Ich bin ja nicht gegen den Ansatz, den Sie postulieren: weniger Antibiotika. – Das ist ja mein Credo, seitdem ich in dem Feld tätig bin. Aber man muss zumindest die wissenschaftliche Akkuranz haben, dass man die Kausalkette miteinander verbindet, und die ist de facto nicht so.

Vorsitzende Heike Gebhard: Recht herzlichen Dank. Ich darf mich im Namen des Ausschusses insbesondere bei unseren Sachverständigen ganz herzlich bedanken und Ihnen einen guten Heimweg wünschen.

gez. Heike Gebhard
Vorsitzende

Anlage

19.06.2018/26.06.2018
266

Stand: 28.05.2018

Anhörung von Sachverständigen
 Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
„Nordrhein-Westfalens Verantwortung für die Weltgesundheit ernst nehmen
– Antibiotikaresistenzen in den Fokus rücken.“
 Antrag der Fraktion der AfD, Drucksache 17/1996

am Mittwoch, dem 30. Mai 2018
 13.30 bis 15.00 Uhr, Raum E 3 D01

Tableau

eingeladene Sachverständige/ Institutionen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf	Dr. Peter-Johann May	17/606
Ärzteinitiative gegen Massentierhaltung Dr. Peter Sauer / Dr. Gerd-Ludwig Meyer / Dr. Imke Lührs, Bremen	Dr. Gerd-Ludwig Meyer	17/602 17/619
Mühlenkreiskliniken Johannes Wesling Klinikum Minden, Minden	Prof. Dr. Franz-Josef Schmitz	17/617
Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster	Prof. Dr. Susanne Schwalen	17/613