

## Zurückhaltende Antibiotikaverordnung: Sehr niedriges Komplikationsrisiko

### *Restrained Antibiotic Prescription: Risk of Complications Very Low*

Eine durchschnittliche Praxis im Vereinigten Königreich „versorgt“ durchschnittlich 7000 Personen mit knapp fünf Kolleg/innen – auf eine/n Kolleg/in kommen also rund 1500 Personen.

„Versorgt“ steht deswegen in Anführungszeichen, weil diese Zahl nicht automatisch Patienten entspricht, sondern eingetragenen Personen (jede Person im UK ist gesetzlich dazu verpflichtet, sich bei einem Hausarzt registrieren zu lassen). Es ist also keineswegs ausgemacht, dass diese Personen jemals als Patienten in der Praxis erscheinen.

Diese einführenden Fakten sind für das Verständnis der folgenden Zahlen wesentlich.

Im April 2016 publizierte der britische *Lancet* Daten einer Untersuchung zur Reduktion von Antibiotikaverordnungen:

- Von allen 7998 englischen Hausarztpraxen wurden diejenigen 1581 Praxen ausgewählt, die für die oberen 20 % der Antibiotikaverordnungen im Lande verantwortlich zeichneten.
- In diesen 1581 Praxen waren 10,5 Millionen Personen registriert.
- Die Bilanz am Ende der sechsmonatigen arztbezogenen Intervention (die lediglich aus einem Brief des englischen *Chief Medical Officer* bestand) sah so aus: In den Interventionspraxen wurden 73.406 Antibiotikapakungen für umgerechnet 117.600 Euro eingespart – ein zwar signifikantes, aber (ökonomisch gesehen) herzlich marginales Ergebnis. Die patientenbezogene Intervention blieb erfolglos.

Offen blieb, welches Risiko die verminderte Antibiotikaverordnungsrate für die Patienten hatte.

Die Antwort auf diese nicht unwichtige Frage liefert eine (Kohorten-)Studie, ebenfalls aus Großbritannien, die im *British Medical Journal* veröffentlicht wurde. Die Hypothese der Arbeit lautete, dass eine niedrige(re) Rate an Antibiotikaverschreibungen mit einer höheren Inzidenz an bakteriellen Komplikationen einhergehen würde.

Teilnehmer waren 610 Hausarztpraxen (entspricht 7 % aller britischen Allgemeinpraxen), die an einem von der Regierung finanzierten elektronischen Datenverbund teilnahmen (*UK Clinical Practice Research Datalink* [www.cprd.com/home](http://www.cprd.com/home)). Die Studie, in der alle Konsultationen wegen eines Atemwegsinfekts dokumentiert wurden, lief über zehn Jahre (von 2005 bis 2014) und umfasste eindrucksvolle 45,5 Millionen Personennjahre.

Die Raten der Antibiotikaverordnungen wurden je nach Höhe in vier Teile geteilt und die Inzidenz bakterieller Komplikationen im höchsten mit der im niedrigsten Viertel verglichen.

Erfasst wurden alle Fälle von

- Pneumonie,
- Peritonsillarabszess,
- Mastoiditis,
- Empyem,
- Meningitis,
- intrakraniellen Abszess und
- Lemierre-Syndrom (einer seltenen Kombination aus eitriger Thrombophlebitis der Vena jugularis und septischer Embolie, verursacht durch anaerobe Bakterien im Mund-Rachen-Raum).

### Die Ergebnisse

- Während des zehnjährigen Erfassungszeitraums sank die Zahl der mit einem Antibiotikumrezept endenden Konsultationen wegen eines Atemwegsinfektes (AWI) bei Männern von 53,9 % auf 50,5 % und bei Frauen von 54,5 % auf 51,5 %.
- Die jährliche Zahl neu aufgetretener Fälle von Meningitis, Mastoiditis und Peritonsillarabszess verminderte sich um 5,3 %, 4,6 % und 1,0 %, die von Pneumonie erhöhte sich um 0,4 %.
- Das adjustierte relative Risiko einer bakteriellen Komplikation bezogen auf eine Hausarztpraxis mit 7000 registrierten Personen „übersetzten“ die Autoren folgendermaßen:
  - Bei einer 10%-Absenkung der Antibiotikaverordnungen beträgt in zehn Jahren (!) die absolute Zahl neu hin-

zukommender Fälle von Pneumonie 1,1 und von Peritonsillarabszess 0,9. – Hingegen bleibt die Zahl der anderen bakteriellen Infektionen (Mastoiditis, Empyem, Meningitis, intrakranieller Abszess, Lemierre-Syndrom) unverändert.

Dieses wirklich sehr niedrige Komplikationsrisiko als Folge einer zurückhaltenden Antibiotikaverordnung ist – wie uns zahlreiche Studien in diesem Bereich lehren – zwar eine solide Rückversicherung für die Unsicherheiten von Ärzten und Patienten. Alleine aber dürfte sie kaum dazu ausreichen, um das international prävalente Problem der irrationalen (= irrational hohen) Antibiotikaverschreibungen zu lösen.

Um wirksame Verbesserungen zu erreichen, müsste man auch viele andere Faktoren beeinflussen (z.B. die immer noch rücksichtslose Antibiotikaanwendung in der Massentierzucht; die rezeptfreie Ausgabe von Antibiotika in vielen Ländern oder die in diesem Bereich ungeborenen Patientenvorstellungen und -wünsche).

Effektiv und durchaus kostenträchtig (aber immer noch viel günstiger als Nichtstun) sind Interventionen auf individueller Arzteebene wie

- verzögerte Rezeptausstellung (*delayed antibiotic prescription*),
- das sog. *academic detailing* (Praxisbesuche durch trainierte Hausärzte, die ähnlich wie Pharmareferenten vorgehen),
- verpflichtend schriftliche Begründungen für jedes Antibiotikumrezept,
- oder elektronische, antibiotikafreie Alternativvorschläge.

**Für alle Interventionen gilt, dass die Wirkungen verpuffen, wenn keine regelmäßige Wiederholung erfolgt.**

Gulliford MC, Moore MV, Little P, et al. Safety of reduced antibiotic prescribing for self limiting respiratory tract infections in primary care. *BMJ* 2016; 354: i3410. Frei unter <http://www.bmj.com/content/354/bmj.i3410>.