

Information über AMR und die Einnahme von Antibiotika mangelt. Doch der Bildungsauftrag ist ein weit umfassenderer als die Bekämpfung der berüchtigten Unkenntnis rund um den Unterschied von Viren und Bakterien. Auch Impfungen und ihre Wirkung, die Funktion des Immunsystems oder die Entstehung von Entzündungen im Körper verlangen differenzierte Kommunikationsansätze. Solche Ansätze müssen sich auch mit alternativen Erklärungsmodellen, die in der Bevölkerung vorherrschen, auseinandersetzen. Ebenso wenig Aufmerksamkeit erhalten hat bisher die breite Aufklärung zur Antibiotikaresistenzbildung selbst. Beim Thema Medikamentengabe und -einnahme geht es auch um die Entwicklung von „Medikamentenkompetenz“ in der Bevölkerung, die enger und konkreter gefasst ist als der allgemeine Begriff der „Gesundheitskompetenz“ („health literacy“). Hier braucht es ebenfalls umfassende und auch organisationale Ansätze, wie beispielsweise verständliche und zielgruppenspezifische Medikamenteninformation. Sehr deutlich wird aber auch, dass Leistungs- und Arbeitsdruck in der Gesellschaft damit zusammenhängen, dass man es sich nicht leisten kann oder will, krank zu sein. Antibiotika, auch wenn unangemessen, werden dafür oft als ein probates „Wundermittel“ wahrgenommen.

Frage der Ressourcen und Kapazitäten

Wie wichtig auch Vertrauensbeziehungen im Gesundheitsdienst sind, das bestätigen sowohl Interviews mit Patient:innen als auch jene mit Ärzt:innen. Die Professionist:innen weisen aber auch darauf hin, dass die verfügbare Zeit ein zentraler Einflussfaktor für die Verschreibung von Antibiotika ist: Patient:innen mehrfach einzubestellen, die Entwicklung der Erkrankung abzuwarten und Vertrauen aufzubauen, braucht oft nicht vorhandene Zeitressourcen in der niedergelassenen Praxis. Analysiert man die Vorgänge bei der Verschreibung von Antibiotika genauer, erkennt man auch die Wichtigkeit der organisationalen Aufgaben des Gesundheitssystems: die Zusammenarbeit mit Laboren und

Grampositiv (n = 6934)	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Enterococcus faecium</i>
Anzahl Isolate (max. Wert)	543	4440	1148	803
% RESISTENT				
Aminoglykoside			10,7 (†)	24,3 (†)
Aminopenicilline			3,1 (↔)	91,9 (↔)
Cefoxitin/Oxacillin		3,9 (↔)		
Makrolide	12,9 (↔)			
Penicillin	0,9 (↔)			
Vancomycin		0,0 (↔)	0,0 (↔)	3,5 (↔)

† Anstieg im 5-Jahres-Trend, ‡ Rückgang im 5-Jahres-Trend, ↔ stabil im 5-Jahres-Trend

Tab. 1: Stichprobengrößen und Resistenzen 2022 laut European Antimicrobial Resistance Surveillance Network für grampositive Erreger, erhoben in 111 österr. Krankenanstalten (modifiziert nach AURES 2022)³

Gramnegativ (n = 9364)	<i>Escherichia coli</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Acinetobacter spp.</i>
Anzahl Isolate (max. Wert)	6886	1546	827	105
% RESISTENT				
Aminoglykoside	5,1 (↔)	2,4 (↔)		0,0 (†)
Amikacin			3,9 (↔)	
Tobramycin			4,0 (↔)	
Aminopenicilline	46,7 (↔)			
Carbapeneme	0,1 (↔)	1,0 (↔)	11,7 (↔)	3,0 (↔)
3.-Generations-Cephalosporine	8,6 (↔)	9,4 (↔)	12,2 (↔)	
Fluorochinolone	15,3 (↔)	11,6 (↔)	9,6 (↔)	1,1 (†)
Piperacillin/Tazobactam			12,0 (↔)	

† Anstieg im 5-Jahres-Trend, ‡ Rückgang im 5-Jahres-Trend, ↔ stabil im 5-Jahres-Trend

Tab. 2: Stichprobengrößen und Resistenzen 2022 laut European Antimicrobial Resistance Surveillance Network für gramnegative Erreger, erhoben in 111 österr. Krankenanstalten (modifiziert nach AURES 2022)³