

**MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN
BADEN-WÜRTTEMBERG**

Postfach 103443 70029 Stuttgart
E-Mail: poststelle@sm.bwl.de
FAX: 0711 123-3999

An den
Präsidenten des Landtags
von Baden-Württemberg
Herrn Wilfried Klenk MdL
Haus des Landtags
Konrad-Adenauer-Straße 3
70173 Stuttgart

Stuttgart 21.10.2015
Durchwahl 0711 123-3870
Name Gabriele Klöckler
Aktenzeichen 5-0141.5/12
(Bitte bei Antwort angeben)

nachrichtlich – ohne Anlagen –

Staatsministerium

Antrag der Abg. Karl Rombach u.a.CDU
- Erforschung und Eindämmung von Krankenhauskeimen
- Drucksache 15/7446

Ihr Schreiben vom 30. September 2015

Anlagen
9 Mehrfertigungen

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren nimmt im Einvernehmen mit dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und dem Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,
die Landesregierung zu ersuchen*

zu berichten,

- 1. welche wesentlichen Veränderungen und Verbesserung der Situation seit der Beantwortung der Kleinen Anfrage „Nosokomiale Infektionen, Krankenhausinfektionen“ (Drucksache 15/2584, 30. Oktober 2012) zu verzeichnen sind;*

Die Fallzahlen der zum 1.7.2009 eingeführten Meldepflicht für den Nachweis Methicillinresistenter Stämme von *Staphylococcus aureus* (MRSA) in Blut und Liquor (Gehirn- oder Rückenmarksflüssigkeit), sogenannte invasive MRSA-Infektionen, zeigten im Jahr 2014 erstmals gegenüber dem Vorjahr einen Rückgang auf, der sich im laufenden Jahr 2015 fortsetzt. Seit Einführung der Meldepflicht wurden dem Landesgesundheitsamt bis zum 12. Oktober 2015 insgesamt 1354 MRSA Nachweise übermittelt. Dabei entfielen 258 Fälle auf das Jahr 2013, 189 Fälle auf das Jahr 2014 und bislang (zum Stichtag 12. Oktober) 114 Fälle auf das Jahr 2015.

Seit Erlass der Verordnung des Sozialministeriums zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO) im Jahr 2012, die verbindliche Vorgaben zur Beschäftigung von Hygienefachpersonal wie Krankenhaushygienikerinnen und -hygieniker und Hygienefachkräfte in medizinischen Einrichtungen enthält, ist eine deutlich gesteigerte Nachfrage nach entsprechenden Weiterbildungskursen festzustellen. Das Landesgesundheitsamt und weitere Anbieter haben in Reaktion auf die große Nachfrage ihr Kursangebot deutlich ausgeweitet.

Mit der zum 01.02.2014 in die Weiterbildungsordnung neu aufgenommenen Zusatzweiterbildung „Medizinhygiene“ hat die Landesärztekammer auf den gesteigerten Bedarf an Krankenhaushygienikerinnen und -hygienikern reagiert.

Die große Nachfrage nach den Weiterbildungsangeboten für Hygienefachpersonal kann als Indiz für die Verbesserung der Ausstattung von medizinischen Einrichtungen mit Hygienefachpersonal gewertet werden.

2. *welche Forschung in Baden-Württemberg zu Krankenhauskeimen erfolgt;*

Seit kurzem stehen ganz neue epidemiologische und molekularbiologische Techniken zur Verfügung, die zur Erforschung und Erkennung von Erregerübertragungen von Mensch zu Mensch, aber auch vom Tier auf den Menschen insbesondere an den Universitätsklinika genutzt werden können.

Sowohl am Universitätsklinikum Freiburg als auch am Universitätsklinikum Heidelberg wird an Methoden für einen schnelleren Nachweis verschiedener hochresistenter Keime geforscht. Weitere Forschungsarbeiten in Freiburg befassen sich mit dem Vorkommen und der lokalen Ausbreitung krank machender (virulenter) Stämme von *Clostridium difficile*. Außerdem werden Methoden zur Genotypisierung (Erstellung eines genetischen Fingerabdruckes) entwickelt, mit denen Krankenhauskeime bei epidemiologischen Fragestellungen

und Untersuchungen von Ausbrüchen mit Krankenhauskeimen genau differenziert werden können. Zudem werden neue Resistenzmechanismen bei Krankenhauskeimen sowie der Eintrag von Antibiotika-Resistenzgenen aus Gesundheitseinrichtungen in die Umwelt erforscht. Die internationale Datenbank zu dem Krankenhauskeim *Stenotrophomonas maltophilia* und seinen Genotypen ist ebenfalls in Freiburg untergebracht. In Kooperation mit verschiedenen Intensivstationen des Universitätsklinikums Freiburg werden die Antibiotikaverbrauchszahlen und die Korrelation zu Resistenzen erfasst. Zusätzlich läuft eine Studie zur Infektionsprävention.

Am Universitätsklinikum Heidelberg werden neue Konzepte für Hygienemaßnahmen entwickelt sowie neuartige Interventions- und Dekontaminationsmaßnahmen zur Keimreduktion und Verminderung der Erregerübertragung erarbeitet.

Am Universitätsklinikum Tübingen werden nosokomiale Krankheitserreger im Wesentlichen innerhalb des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung (DZIF) erforscht, in dem Tübingen Partner- und Sprecherstandort der „Thematisch Translationalen Einheit: Healthcare-associated and Antibiotic-resistant Bacterial Infections“ ist. Derzeit werden folgende Themen untersucht:

- Untersuchungen zur Notwendigkeit von krankenhaushygienischen Maßnahmen und zur Möglichkeit einer Dekolonisation bei der Besiedlung von Hochrisikopatienten mit multiresistenten Enterobakterien.
- Analyse der molekularen Epidemiologie von multiresistenten Enterobakterien zum besseren Verständnis über deren Verbreitung.
- Identifizierung von Substanzen, die die krankmachenden Faktoren (Virulenz) des häufigen nosokomialen Erreger *Staphylococcus aureus* hemmen können.
- Weiterentwicklung eines Eiweißes aus Bakteriophagen, das antibakterielle Eigenschaften gegen *Staphylococcus aureus* aufweist, in Kooperation mit der Firma Hyglos Inc, Bernried.

Auch außerhalb des DZIF wird in Tübingen an nosokomialen und multiresistenten Krankheitserregern geforscht und die daraus resultierenden Ergebnisse direkt in die Patientenversorgung übersetzt. Beispielsweise wurde ein Risiko-Punktesystem entwickelt, das dabei hilft, besonders gefährdete Patientinnen und Patienten zu identifizieren und rechtzeitig auf das Vorliegen von resistenten Erregern untersuchen zu können.

Am Universitätsklinikum Ulm wird unter anderem die Stuhltransplantation als therapeutische Alternative bei wiederkehrenden Infektionen mit *Clostridium difficile* erforscht.

3. *in welchem Ausmaß in Baden-Württemberg Forschung zu Krankenhauskeimen aus öffentlichen und privatwirtschaftlichen Mitteln finanziert wird;*

Forschung zu Krankenhauskeimen wird in Baden-Württemberg im Wesentlichen mit öffentlichen Mitteln des Landes (Eigenanteil der Universitäten), des Bundes (BMBF), der Deutschen Forschungsgemeinschaft und der Europäischen Union unterstützt. Aufgrund der Finanzierung aus verschiedensten Förderprogrammen und der teilweise übergreifenden Gesichtspunkte der geförderten Forschungsprojekte kann keine klar abgrenzbare Summe für die Forschung zu Krankenhauskeimen benannt werden. Der Standort Tübingen geht beispielsweise für das Jahr 2015 von einer Fördersumme von etwa 0,8 Mio. Euro für die Erforschung von Krankenhauskeimen aus.

Zu privatwirtschaftlich finanzierten relevanten Forschungsprojekten liegen keine Erkenntnisse vor.

4. *wie in Baden-Württemberg die Hersteller von Medikamenten in die Erforschung und Bekämpfung von Krankenhauskeimen eingebunden werden;*

Die pharmazeutische Industrie hat sich in den letzten Jahrzehnten auf andere Felder der Medikamentenentwicklung konzentriert. Die daraus resultierende „Antibiotikalücke“, d.h. das Fehlen neuer Substanzgruppen auf absehbare Zeit, macht sich heute bereits bemerkbar. Von den Universitätsklinika wird jedoch eine Zusammenarbeit mit Unternehmen nicht ausgeschlossen.

Hersteller von Medikamenten mit Sitz in Baden Württemberg sind nach Mitteilung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Landesverband) in verschiedene Forschungsprojekte zur Bekämpfung von Krankenhauskeimen eingebunden wie beispielsweise in einem Forschungsprojekt der InnBW (Innovationallianz Baden-Württemberg) zur Erforschung von Schnelltests zum Nachweis multiresistenter Erreger.

Die mit Deutschlandsitz in Baden- Württemberg vertretene Roche ist seit 2013 wieder in die Antibiotikaforschung eingestiegen.

5. *welche neuesten Forschungsergebnisse zu Krankenhauskeimen an den Krankenhäusern in Baden-Württemberg umgesetzt werden;*

Im Zentrum für Infektionsmedizin des Universitätsklinikums Freiburg arbeiten die Einrichtungen der unmittelbaren und mittelbaren Versorgung von Patientinnen und Patienten mit

Infektionskrankheiten zusammen. Hier werden neueste veröffentlichte Forschungserkenntnisse mit den Einrichtungen diskutiert und, wo zweckdienlich, in die Krankenversorgung eingebracht. Diese betreffen insbesondere

- das Verständnis des Zusammenhangs zwischen Antibiotikaeinsatz und der Ausbreitung von (resistenten) Krankenhauskeimen,
- die Verbesserung des Verständnisses der Übertragungswege und der Reservoirs von Krankenhauskeimen,
- die Verbesserung und Beschleunigung der Nachweismethoden von Antibiotikaresistenzen,
- die Erkenntnisse zur Epidemiologie von Krankenhauskeimen.

Auch am Universitätsklinikum Heidelberg werden im Rahmen der krankenhaushygienischen Versorgung Hygienemaßnahmen evaluiert und neue Konzepte entwickelt. Zum Beispiel wurde ein neuartiges Konzept zum MRE-Screening erarbeitet und umgesetzt und damit erstmals in Baden-Württemberg ein routinemäßiges Screening für multiresistente gram-negative Keime eingeführt. Zudem gibt das Klinikum das laufend aktualisierte Referenzhandbuch "Antibiotika am Krankenbett" heraus.

Am Universitätsklinikum Tübingen werden die Forschungsergebnisse zu nosokomialen und multiresistenten Krankheitserregern direkt in die Patientenversorgung übersetzt.

Vertreter des Universitätsklinikum Ulm arbeiten in der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch Institut mit, die Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen erarbeitet. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die aktuellen Erkenntnisse zur Therapieoptimierung fließen in die Versorgung ein.

6. *welche Erkenntnisse ihr über Art und Umfang des Antibiotikaeinsatzes in der Landwirtschaft der einzelnen Bundesländer und in den einzelnen Landkreisen in Baden-Württemberg vorliegen;*

Erkenntnisse über Art und Umfang des Antibiotikaeinsatzes in der Landwirtschaft der einzelnen Länder:

Dem Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz liegen keine Erkenntnisse über Art und Umfang des Antibiotikaeinsatzes in der Landwirtschaft der einzelnen Länder vor.

Erkenntnisse über Art und Umfang des Antibiotikaeinsatzes in der Landwirtschaft der einzelnen Landkreise in Baden-Württemberg:

Am 1. April 2014 ist die 16. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) in Kraft getreten. Das Ziel der Novelle ist es, den Einsatz von Antibiotika in Nutztierbeständen zu minimieren, um die Entwicklung und Ausbreitung von Resistenzen zu verringern und damit die Wirksamkeit von Antibiotika für Mensch und Tier zu erhalten.

Im Rahmen der Novelle sollen Tierhalter, die die Nutzungsarten Mastferkel, Mastschweine, Mastkälber, Mastrinder, Masthühner oder Mastputen ab einer bestimmten Bestandsgröße halten und die im bundesweiten Vergleich häufiger Antibiotika einsetzen als Betriebe gleicher Produktionsrichtung, identifiziert werden. Die betriebliche halbjährliche Therapiehäufigkeit wurde dabei als Indikator bzw. Messwert festgelegt, der es erlaubt, den betriebsindividuellen Antibiotikaeinsatz zu beurteilen und zwischen Betrieben gleicher Produktionsrichtung zu vergleichen. Sie gibt die Anzahl der Tage im Halbjahr wieder, an denen ein Tier im Betrieb im Durchschnitt mit einem Wirkstoff behandelt wurde. Aus allen bundesweit ermittelten betrieblichen halbjährlichen Therapiehäufigkeiten werden anschließend die bundesweiten Kennzahlen 1 und 2 berechnet (Kennzahl 1 = Median – 50 % der betrieblichen Therapiehäufigkeiten liegen unter diesem Wert; Kennzahl 2 = 3. Quartil – 75 % der betrieblichen Therapiehäufigkeiten liegen unter diesem Wert). Liegt die individuelle betriebliche Therapiehäufigkeit über den bundesweiten Kennzahlen, so bedeutet es, dass in diesem Betrieb im bundesweiten Vergleich häufiger Antibiotika eingesetzt werden als in anderen Betrieben gleicher Produktionsrichtung. In diesem Fall müssen die betreffenden Tierhalter eigenverantwortlich geeignete Maßnahmen zur Antibiotikaminimierung ergreifen. Liegt die betriebliche Therapiehäufigkeit über der Kennzahl 2, so muss die Tierhalterin / der Tierhalter zudem in Zusammenarbeit mit seiner Tierärztin / seinem Tierarzt einen schriftlichen Maßnahmenplan mit dem Ziel der Antibiotikaminimierung erstellen und umsetzen.

Die betriebliche Therapiehäufigkeit wird nach den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes anhand der Zahl der behandelten Tiere und der Behandlungstage sowie der Anzahl der eingesetzten Wirkstoffe berechnet. Dem Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz liegen daher keine Erkenntnisse über Art und Umfang des Antibiotikaeinsatzes in Bezug auf Mengen vor.

Die zur Berechnung der betrieblichen halbjährlichen Therapiehäufigkeiten erfassten Daten erlauben die Aussage, dass sich in Baden-Württemberg im ersten Erfassungszeitraum

(zweiten Kalenderhalbjahr 2014) bzw. im zweiten Erfassungszeitraum (ersten Kalenderhalbjahr 2015) seit Inkrafttreten der Novelle insgesamt etwa 4046 bzw. 4309 Tierhaltungen in Bezug auf ihre Nutzungsart und Bestandsgröße als mitteilungspflichtig gemäß AMG eingestuft haben. Davon haben insgesamt 45 % (2014/II) bzw. 43 % (2015/I) Tierhaltungen Mitteilungen über Antibiotikaverwendungen gemacht. Werden in einer Tierhaltung keine Antibiotika bei einer mitteilungspflichtigen Nutzungsart eingesetzt, so entfällt die Mitteilung über den Antibiotikaeinsatz. Für diese Tierhaltungen wird in Bezug auf die jeweilige Nutzungsart eine betriebliche halbjährliche Therapiehäufigkeit von „0“ berechnet.

Von den Tierhaltungen, die sich für die Nutzungsart Mastrind als mitteilungspflichtig nach AMG eingestuft haben (29 % in 2014/II und 31 % in 2015/I), machten etwa 20 % (2014/II) bzw. 16 % (2015/I) der Tierhalter Mitteilungen über Antibiotikaverwendungen. Bei den mitteilungspflichtigen Tierhaltungen, die Puten zur Mast halten (jeweils 2 % 2014/II und 2015/I), liegt der Anteil der Betriebe mit Angaben zum Antibiotikaeinsatz bei 79 % bzw. 89 % und damit am höchsten im Vergleich zu den anderen Nutzungsarten.

In 2015/I liegen in Baden-Württemberg ca. 13 % der mitteilungspflichtigen Tierhaltungen über der bundesweiten Kennzahl 2, sodass diese Tierhaltungen entsprechende Maßnahmen zur Reduzierung ihres Antibiotikaeinsatzes ergreifen müssen. In 2014/II lag der Anteil der Tierhaltungen über der Kennzahl 2 bei 16 %.

7. *wie sie das daraus resultierende Risiko für die menschliche Gesundheit im Verhältnis zum Antibiotikaeinsatz in der Humanmedizin bewertet;*

Multiresistente Krankenhauskeime können zwar endemisch in einer Klinik vorkommen und dort über technische Systeme und unzureichende Hygienepraxis verbreitet werden. Oft sind sie aber auch Bestandteil der körpereigenen Flora von Patienten und werden entweder bei einer Aufnahmeuntersuchung bereits erkannt oder durch eine Antibiotikabehandlung selektiert. Sie können im Verlauf der Grunderkrankung zum Leitkeim einer infektiösen Komplikation werden.

Jeder, auch der sachgerechte Einsatz von Antibiotika führt zu einer Selektion von Resistenzgenen in der betroffenen Flora. Dabei gibt es keine Unterschiede zwischen dem Zielort der Therapie (z. B. bei Harnwegsinfekten oder Abszessen) und dem Wirkungsort der Selektion. Somit hat der Kontakt mit den Wirkstoffen Konsequenzen für alle bakterienhaltigen Reservoir des Organismus, insbesondere auch für den Dickdarminhalt mit ein bis zehn Milliarden Bakterien pro Gramm.

Menschen wie auch Tiere in der Nutztierhaltung werden zum Teil mit den gleichen antibiotischen Wirkstoffen – inklusive Breitspektrumpräparaten – behandelt, so dass man hierbei auch gleiche Resistenzmuster selektiert. Übertragbare Antibiotika-Resistenzgene können zwischen verschiedenen Ökosystemen verbreitet werden. Die Kontamination des Menschen durch Tierkontakt ist belegt und kann zu einer Besiedelung z. B. bei Landwirten und Tierärzten führen. Die Bewertung der epidemiologischen Bedeutung der Übertragung von Resistenzgenen aus den landwirtschaftlichen Nutztierbeständen in die residente Flora des Menschen ist wissenschaftlich noch nicht abgeschlossen. Bei einem Vergleich der Folgen einer unmittelbaren Antibiotikagabe ist bei den genannten Mengen an ärztlich verordneten Substanzen, welche direkt appliziert werden und in hoher Konzentration auf die menschliche Flora einwirken, von einer stärkeren Beeinflussung der Resistenzsituation in der körpereigenen mikrobiellen Besiedelung durch die humanmedizinische Therapie auszugehen als durch die indirekte und inkonstante Aufnahme von Antibiotika in geringerer Konzentration durch die erwähnten Umwelteinflüsse. Somit wird das Risiko für die menschliche Gesundheit durch den Antibiotikaeinsatz in der Landwirtschaft bislang geringer eingeschätzt als durch die Summe der Antibiotikaverordnungen in der Humanmedizin.

8. *welche Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Bekämpfung von Krankenhauskeimen aktuell in Baden-Württemberg umgesetzt werden;*

Um einer Infektion mit MRE sachgerecht zu begegnen, wurden in den letzten Jahren auf Bundes- und Landesebene umfangreiche rechtliche Regelungen getroffen. In Baden-Württemberg ist die Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vom 20. Juli 2012 das zentrale Instrument zur Verbesserung und Bekämpfung von Krankenhauskeimen. Zusätzlich zu den bundesrechtlichen Vorgaben wurde in die Verordnung die Zusammenarbeit aller an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in regionalen Netzwerken unter Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes aufgenommen.

Zwischenzeitlich bestehen in 36 von 38 Gesundheitsamtsbezirken regionale Netzwerke, die gemeinsam das MRE-Netzwerk Baden-Württemberg bilden. Wichtiger Bestandteil des MRE-Netzwerkes ist die landesweite Koordinierung der regionalen Netzwerke durch das Landesgesundheitsamt, die durch mehrere Arbeitsgruppen unterstützt wird. Der flächendeckende Ausbau der regionalen Netzwerke wurde im Rahmen einer Anschubfinanzierung über drei Jahre (von Juli 2012 bis Juni 2015) von den Krankenkassen in Baden-Württemberg gefördert. Ziel der Förderung war der flächendeckende Ausbau der Netzwerke auf regionaler Ebene sowie die Sicherstellung einheitlicher Empfehlungen zu Risikoscreening, Hygienemanagement und Sanierung im Sinne von Qualitätssicherung.

Die zentrale Koordinierungsstelle am Landesgesundheitsamt hat mit Unterstützung der Netzwerk-Partner eine Reihe von Handlungsempfehlungen zu multiresistenten Erregern erarbeitet, um einheitliche standardisierte Vorgehensweisen in den verschiedenen medizinischen Einrichtungen sicher zu stellen.

Im Rahmen der Netzwerktätigkeit wurde zusätzlich ein einheitlicher Überleitbogen für die Keimträgerschaft mit multiresistenten Erregern entwickelt. Der Überleitbogen enthält wesentliche patientenbezogene Informationen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind. Damit wird an den Schnittstellen der an der Patientenversorgung beteiligten Einrichtungen sichergestellt, dass die notwendigen Maßnahmen zum Schutz von Patientinnen und Patienten sowie Personal getroffen werden können. Der Überleitbogen stellt damit ein wichtiges Instrument zur Eindämmung der Weiterverbreitung von resistenten und multiresistenten Krankheitserregern dar.

Ein weiteres wichtiges Element zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Bekämpfung von Krankenhauskeimen stellt die Fortbildung des Fachpersonals dar. Im Rahmen des MRE-Netzwerkes wurden zahlreiche regionale sowie landesweite Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Besonders hervorzuheben sind dabei drei interdisziplinäre Symposien zum Thema multiresistente Erreger, die sich mit verschiedenen Fachvorträgen zum Thema Antibiotikaresistenzen und Antibiotikaeinsatz sowohl an Human- als auch Veterinärmedizinerinnen und -mediziner richteten.

9. *welche Unterstützung für Patienten, wie z. B. ein Leitfaden oder spezielle Beratungsprogramme, es gibt;*

Das Landesgesundheitsamt bietet auf seiner Homepage verschiedene Informationen zu MRSA und MRGN für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus und für ambulant betreute Patientinnen und Patienten an. Die Informationen sind in Deutsch, Englisch, Arabisch, Kroatisch, Russisch, Türkisch verfügbar.

10. *welche Schritte sie für notwendig hält, um die Verbreitung von Krankenhauskeimen wirkungsvoll einzudämmen.*

Mit den in den letzten Jahren auf Bundes- und Landesebene getroffenen Regelungen wurden die Grundlagen für eine wirksame Eindämmung der Verbreitung von Krankenhauskeimen geschaffen. Deren konsequente weitere Umsetzung stellt die wichtigste Maßnahme dar.

Mit der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) 2020 wurde auf Bundesebene ein umfassender Maßnahmenkatalog vorgelegt, der die Entstehung und Ausbreitung von Antibiotika-Resistenzen verhindern soll. Außerdem soll die Strategie dazu beitragen, die Forschung und Entwicklung neuer Antibiotika, alternativer Therapiemethoden und schnellerer Testverfahren zu verstärken.

Darüber hinaus muss die weitere Entwicklung beispielsweise im Hinblick auf neu auftretende resistente Krankheitserreger aufmerksam beobachtet und geprüft werden, ob zusätzliche Maßnahmen erforderlich sind. Aktuell wird kein weiterer Handlungsbedarf gesehen.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Katrin Altpeter MdL
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren