

Übersicht

Dauer der Antibiotika-Therapie: kürzere Behandlung – gleiche Erfolge

Zahlreiche Strategien sind vorgeschlagen worden, um die Ausbreitung resistenter Bakterien zu reduzieren. Im stationären Bereich kann dies zum Beispiel durch eine restriktive Verordnungsweise erreicht werden. Bestimmte Antibiotika können dann nur nach ausdrücklicher Genehmigung durch Kontrollpersonen verordnet werden (*antimicrobial stewardship*). Solche und andere Maßnahmen erfordern zusätzliches Personal und haben sich bis heute nicht generell durchgesetzt. Zunehmend Beachtung findet jedoch der Vorschlag, die Therapiedauer zu begrenzen, weil dies wahrscheinlich die wirksamste Maßnahme zur Begrenzung der Resistenzausbreitung ist.¹ Die möglichst kurze Dauer der Antibiotikagabe reduziert den Selektionsdruck auf die physiologische Bakterienflora und könnte so die Entwicklung resistenter Stämme verhindern, allerdings ist dieser Zusammenhang bisher nicht eindeutig durch Studien nachgewiesen worden. Im individuellen Fall benötigt der verantwortliche Arzt eindeutige Kriterien, nach denen die Therapiedauer ausgerichtet werden kann. Zunächst einmal kann hier ein Blick auf die Ergebnisse von kontrollierten Vergleichsstudien hilfreich sein. Darüber hinaus setzt sich immer mehr die Orientierung der antibakteriellen Therapie an klinisch-chemischen Parametern, wie dem C-reaktiven Protein oder Procalcitonin, durch.

Pneumonie

Patienten mit CAP (*community acquired pneumonia*) werden in der Regel fünf Tage lang behandelt. Mehrere randomisierte Vergleichsstudien haben gezeigt, dass diese kurze Behandlungsdauer ebenso sicher und wirksam ist, wie eine längere Behandlung. Bei einer Gruppe von Patienten, die allerdings nicht schwer erkrankt waren, erwies sich sogar eine dreitägige intravenöse Behandlung mit Amoxicillin (diverse Han-

Inhalt

3/2013

Übersicht

– Dauer der Antibiotikatherapie

Seite 21-24

Wichtige Erreger in Klinik und Praxis (57)

– *Francisella tularensis*

Seite 23

Neueinführung

– Pylera

Seite 24

Nosokomiale Infektionen

– Tigecyclin: Hochdosis bei nosokomialer Pneumonie

Seite 24-25

– *Pseudomonas*-Sepsis: Kombination notwendig?

Seite 25

– Cefepim-Langzeitinfusionen wirksamer

Seite 25-26

– Optimierung der Linezolid-Therapie

Seite 26

– Piperacillin/Tazobactam bei ESBL-Erregern

Seite 26

– Ceftarolin: Vergleich der MRSA-Aktivität

Seite 26-27

Interaktionen

– Voriconazol plus Omeprazol – erhöhte Bioverfügbarkeit

Seite 27

– Vitamin D-Mangel und antiretrovirale Therapie

Seite 27-28

– Posaconazol und Ciclosporin-Therapie

Seite 28

C. difficile-Infektionen

– Stuhltransplantationen bei häufigen Rezidiven

Seite 28-29

Mittel der Wahl

– Mono- oder Kombinationstherapie bei neutropenischem Fieber?

Seite 29

– Hepatitis B: Langzeittherapie mit Tenofovir

Seite 29

Nebenwirkungen

– Amoxicillin und Mononukleose: weniger Exantheme

Seite 29-30

Zum Schluß

– Blaulicht bei *Pseudomonas*-Infektionen?

Seite 30

delsnamen) als ebenso erfolgreich, wie eine insgesamt achttägige Therapie, in der nach drei Tagen auf eine orale Weiterbehandlung umgestellt wurde.² Diese Doppelblindstudie aus den Niederlanden wurde nur an einer relativ geringen Zahl von Patienten durchgeführt und schwerkranke Patienten nahmen nicht teil; trotzdem ist das Resultat bedeutsam, da andere Vergleiche zu entsprechenden Ergebnissen kamen. Mit Levoflo-

xacin (TAVANIC u.a.) und anderen Chinolonen oder mit Ceftriaxon (ROCEPHIN u.a.) liegen Studien vor, welche die Gleichwertigkeit einer kürzeren Behandlungsdauer von fünf bis sieben Tagen mit einer Dauer von sieben bis zehn Tagen zeigen.

Die Bestrebungen zu kürzeren Behandlungszeiten werden immer auch unter ökonomischen Aspekten gesehen. Dies war