

ÜBERSICHT

Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie

Die ambulant erworbene Pneumonie ist definiert als eine Pneumonie, die durch den Ort des Erwerbs (außerhalb des Krankenhauses) sowie durch die Immunität des Patienten (Immunkompetenz) bestimmt wird.¹ Die Inzidenz der ambulant erworbenen Pneumonie steigt mit jeder Lebensdekade und ist bei älteren Menschen (über 65 Jahren) mit einer erhöhten Letalität assoziiert. In Deutschland werden sämtliche im Krankenhaus behandelten Pneumonie-Patienten vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen erfasst. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 289.000 hospitalisierte Patienten registriert, dies bedeutete einen Anstieg um 25,8 % im Vergleich zum Jahr 2009.² Die Letalitätsraten bei eingewiesenen Patienten mit Pneumonie bewegen sich dabei seit Anfang der Fünfzigerjahre unverändert zwischen 10 und 13 %. Von Bedeutung in diesem Zusammenhang ist auch, dass die Zahlen für invasive Pneumokokken-Pneumonien (positive Blutkulturen), die an das Referenzzentrum für Pneumokokken an der Universitätsklinik Aachen gemeldet wurden, von 212 in den Jahren 1999/2000 auf zuletzt 3.102 in den Jahren 2017/2018 angestiegen sind.³ Auf der Basis der deutschen Leitlinien aus dem Jahre 2016 und aktuellen, im Oktober 2019 publizierten Leitlinien der ATS/IDSA in Nordamerika sollen im Folgenden kurz die Diagnostik und ausführlicher die Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie abgehandelt werden.^{1,4} Erfreulicherweise hat sich auch die Expertenkommission der amerikanischen Leitlinie entschlossen, das Konzept der sogenannten *healthcare-associated pneumonia* (HCAP) fallen zu lassen, da dieses Konzept sich nicht als belastbar für multiresistente Erreger

erwies und zu erheblichen Übertherapien geführt hat.^{5,6}

Diagnostik

Bei Patienten mit einer Pneumonie können mehrere der folgenden klinischen Befunde erhoben werden:

1. Dyspnoe mit erhöhter Atemfrequenz (Inspektion),
2. Tachykardie (Puls), eventuell arterielle Hypertonie,
3. ggf. abgeschwächter Klopfeschall über dem Thorax bei Infiltration und/oder einem parapneumonischen Pleuraerguss (Perkussion),
4. inspiratorische, feinblasige Rasselgeräusche bzw. Bronchialatmen (Auskultation) und
5. Fieber.

Diese beschriebenen Symptome sind

nicht spezifisch und gestatten nicht die Abgrenzung einer ambulant erworbenen Pneumonie von anderen unteren Atemwegsinfektionen. Im höheren Lebensalter fehlen häufig Fieber oder Husten, stattdessen treten vermehrt Symptome wie Verwirrtheit und Durchfall auf.⁷

Nach der Erstuntersuchung muss der behandelnde Arzt im ambulanten Bereich folgende Fragen klären:

1. Kann ich den Patienten ambulant behandeln?
2. Benötige ich für die Sicherung der Diagnose ein Röntgenbild der Lunge?
3. Benötige ich mikrobiologische Untersuchungen?

Hinsichtlich des Ortes der Behandlung und auch der Prognose des Krankheitsbildes empfehlen die deutschen Leitli-

Inhalt

2-2020

■ Übersicht

Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie | Seite 13

■ Aktuelle Epidemiologie und Diagnostik in der Mikrobiologie (31)

Zoonosen II | Seite 15

■ Neueinführungen

DOVATO | Seite 19

■ COVID-19

Therapieansätze | Seite 20

■ Pharmakokinetik

Daptomycin-Konzentrationen und P-Glykoprotein-Polymorphismen | Seite 21

Antibiotikakonzentrationen im Knochen | Seite 21

■ Mittel der Wahl

Komplizierte Harnwegsinfektionen: Fosfomycin versus Pip/Taz | Seite 22

Tenofovir bei Hepatitis D? | Seite 22

■ Antibiotic Stewardship

Risiko für postoperative Wundinfektionen geschlechtsabhängig | Seite 23

■ Nebenwirkungen

Anaphylaxie nach β -Laktamantibiotika | Seite 23

Lebertumoren durch Micafungin | Seite 24

■ Letzte Meldung

Hemmung von SARS-CoV-2 durch Hydroxychloroquin in vitro | Seite 24