

Schneller Überblick – wichtige Änderungen im Vergleich zur ersten Fassung der Leitlinie 2005

Resistenzsituation in Deutschland

- *S. pneumoniae*:
 - unverändert niedrige Resistenzrate gegenüber Penicillin mit ca. 6% ohne klinische Relevanz
 - unveränderte Resistenzrate gegenüber Makroliden ca. 15%
- keine signifikante Änderung des Resistenzverhaltens der wichtigsten respiratorischen Erreger gegenüber den empfohlenen Antibiotika. **NEU:** leichte Zunahme an gramnegativen Stäbchen mit Produktion von „extended-spectrum beta-lactames“ (ESBL) (s. Kap. 4)

Akute Bronchitis

- aufgrund überwiegend viraler Ätiologie keine Indikation für eine antimikrobielle Therapie
- **NEU:** 2 Antibiotika-Vermeidungsstrategien:
 - „delayed prescribing“ oder „vorbehaltliches Verschreiben“ (s. Kap. 8.1)
 - partizipativer Entscheidungsprozess Arzt-Patient (s. Kap. 8.1)

Akute Exazerbation der chronisch-obstruktiven Bronchitis (AECOPD)

- **NEU:** Schweregradeinteilung zur Entscheidung über den Ort der Behandlung (ambulant, stationär, Intensivstation) nach der COPD-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin bzw. der Nationalen Versorgungsleitlinie COPD der Bundesärztekammer 2007
 - bei mittelschwerer und schwerer AECOPD: **NEU:** Einteilung Risiko für *P. aeruginosa* (s. Tab. 2)
- Indikation zur Antibiotikatherapie bei AECOPD:
 - bei schwerer AECOPD: grundsätzliche Indikation für Antibiotika

- bei mittelschwerer AECOPD oder leichter AECOPD mit bekanntem vorbestehendem GOLD-Stadium \geq III: **NEU:** Verzicht auf eine antimikrobielle Therapie
 - bei Vorliegen eines Stockley-Typ 1 (s.Kap. 9.3)
 - bei einem Procalcitonin-Serumspiegel $< 0,1$ ng/ml

Schweregradeinteilung der CAP mithilfe des CRB-65-Scores und des mod. ATS-Scores (NEU: keine Verwendung des CURB-Scores)

Einteilung der ambulant erworbenen Pneumonie (CAP)

- leichtgradige ambulant erworbene Pneumonie: Management im ambulanten Bereich möglich (ambulante CAP): klinische Entscheidung unter Zuhilfenahme des CRB-65-Scores
 - ohne Risikofaktoren (s.Kap. 10.3.1)
 - mit Risikofaktoren (s.Kap. 10.3.1). **NEU:** Alter ist kein unabhängiger Risikofaktor für das Auftreten von resistenten Erregern, sondern:
 - Antibiotika-Vortherapie (in den letzten 3 Monaten) und/oder
 - Bewohner von Pflegeheimen und/oder
 - chronische internistische (Herzinsuffizienz, Leberzirrhose, terminale Niereninsuffizienz) oder neurologische Begleiterkrankungen (wie Z. n. Schlaganfall mit neurologischem Defektsyndrom)
- mittelschwere ambulant erworbene Pneumonie: Management im Krankenhaus auf Normalstation (hospitalisierte CAP): klinische Entscheidung unter Zuhilfenahme des CRB-65-Scores (**NEU:** keine weitere Unterscheidung hinsichtlich des Risikos für *P. aeruginosa*)
- schwergradige ambulant erworbene Pneumonie: Management im Krankenhaus auf einer Überwachungsstation (Intensivstation, Intermediate Care u.a.) (schwere CAP): klinische Entscheidung unter Zuhilfenahme des CRB-65-Scores und des modifizierten ATS-Scores
 - ohne Indikation für eine gegen *P. aeruginosa* wirksame empirische Therapie (s.Tab. 2)
 - mit Indikation für eine gegen *P. aeruginosa* wirksame empirische Therapie. **NEU:** Risikofaktoren für eine *Pseudomonas*-bedingte ambulant erworbene Pneumonie (s.Tab. 2)

Diagnostik der hospitalisierten CAP:**NEU: Entzündungsparameter**

Zur Verlaufskontrolle sind sowohl C-reaktives Protein als auch Procalcitonin im Serum initial und im Verlauf geeignet.

Therapieempfehlungen für CAP

- ambulante CAP ohne Risiko: Mittel der Wahl: Aminopenicilline oder Alternativen
- ambulante CAP mit Risiko: Mittel der Wahl: Aminopenicilline mit Betalaktamase-Hemmer oder Alternativen (**NEU:** keine explizite Empfehlung für Oralcephalosporine)
- hospitalisierte CAP: **NEU:** zusätzlich Ertapenem bei spezieller Risikokonstellation (s. Tab. 11)
- **NEU:** Therapiedauer bei leichter und mittelschwerer CAP 5–7 Tage
- schwere CAP ohne Risiko für *P. aeruginosa*: **NEU:** zusätzlich Ertapenem in Kombination mit einem Makrolid bei spezieller Risikokonstellation (s. Tab. 12). **NEU:** keine Fluorchinolon-Monotherapie bei invasiver Beatmung und septischem Schock
- schwere CAP mit Risiko für *P. aeruginosa* (s. Tab. 2): **NEU:** als empirische Initialtherapie 2 gegen *Pseudomonas* wirksame Antibiotika sowie Berücksichtigung (*Legionella pneumophila* und *Mycoplasma pneumoniae*)
- **NEU:** Therapiedauer bei sCAP 8–10 Tage, bei Risiko für *P. aeruginosa* 8–15 Tage bzw. 5 Tage nach Entfieberung

Therapieversagen bei CAP: NEU:

- progrediente Pneumonie (klinische Zustandsverschlechterung mit Entwicklung einer respiratorischen Insuffizienz und/oder einer schweren Sepsis oder eines septischen Schocks trotz empirischer antimikrobieller Therapie) oder
- verzögert ansprechende Pneumonie (fehlendes Erreichen klinischer Stabilität nach 72 Stunden antimikrobieller Therapie)

Spezielle Erreger der CAP

- Legionella pneumophila: **NEU:** Mittel der Wahl: Fluorchinolone
- MRSA: Empfehlung für Vancomycin, alternativ Linezolid. **NEU:** Kombinationstherapie als Einzelfallentscheidung

Palliativmedizinische Behandlungsindikation

NEU: Patienten mit CAP als terminales Ereignis bei sehr schwerer Grunderkrankung ohne Therapieoption mit Änderung des Therapieziels im Sinne eines palliativen Behandlungskonzepts (Therapiebegrenzung, supportive Behandlung) durch Verzicht oder durch Initiierung bestimmter medizinischer und pflegerischer Maßnahmen nach sorgfältiger Einschätzung des Patientenwillens und Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen.