

Procalcitonin-gestützte Therapieführung reduziert den Antibiotikaverbrauch bei akuten Atemwegsinfektionen

Aktuelle Studienergebnisse aus Hannover zeigen: Ob bei akuten Atemwegsinfektionen ein Antibiotikum erforderlich ist, lässt sich mit einem Bluttest auf **Procalcitonin (PCT)** klären.

Gerade bei Hausärzten hat sich neben klinischem Befund und Anamnese der PCT-Test bewährt: In der Hannover-PRO-II-Studie (Eur Resp J 2010; 36: 601) änderte sich durch die PCT-Bestimmung die ursprüngliche Therapieentscheidung der Ärzte für Antibiotika in 56 % der Fälle, was zur Reduktion des Antibiotika-Einsatzes um relative 42 % ohne Verschlechterung der klinischen Verläufe führte!

85 % der in Deutschland verbrauchten ca. 300 Tonnen Antibiotika werden im ambulanten Bereich eingesetzt. Eine Analyse des Brandenburger Resistenz- und Antibiotika-Netzwerkes ergab, dass bis zu 54 % der Antibiotika-Verordnungen nicht durch eine Infektionsdiagnose gestützt sind und dass vor allem der Anteil der verordneten Chinolone und Makrolide sehr hoch ist.

Eines ist klar: Wenn der zunehmenden Resistenzentstehung gegenüber Antibiotika entgegengewirkt werden soll, muss der Verbrauch noch gezielter und restriktiver erfolgen. So lassen sich auch antibiotikabedingte Nebenwirkungen, wie z.B. die immer häufiger werdende Clostridium difficile-assoziierte Diarrhoe, vermeiden.

- **Hat ein Patient mit einem Atemwegsinfekt einen PCT-Wert unter 0,1 ng/ml, ist eine bakterielle Infektion höchst unwahrscheinlich.**
Antibiotika können ohne Nachteil für den Patienten vermieden werden.
- **Liegt der Wert bei einem Atemwegsinfekt zwischen 0,1 und 0,25 ng/ml, werden nur in Ausnahmefällen Antibiotika empfohlen.**
- **Erst bei einer PCT-Konzentration ab 0,25 ng/ml ist eine Antibiotikatherapie bei einem Atemwegsinfekt empfehlenswert.**

Wir bestimmen die PCT-Konzentration im Serum, Sie sagen dem Patienten, ob er sein Antibiotika-Rezept einlösen soll.

Gemeinsam wirken wir der bakteriellen Antibiotikaresistenz entgegen!

Im Anhang finden Sie Empfehlungen zur leitliniengerechten kalkulierten Antibiotika-Therapie bei akuten Atemwegserkrankungen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Anhang

Leitliniengerechte kalkulierte Antibiotika-Therapie bei akuten Atemwegserkrankungen im ambulanten Bereich

Akute Bronchitis

- Symptomatische Behandlung, keine Antibiotika!

Akute Exazerbation der chronischen Bronchitis

- Ca. 50 % infektiös bedingt, davon viral zu 75 %
- Antibiotikatherapie erwägen bei zu Grunde liegender schwerer COPD im GOLD-Stadium III oder IV (FEV1 < 50 %/Soll) und Auftreten von purulentem Sputum (Stockley II), PCT-Kontrolle
- Keine Antibiotika bei einer PCT-Konzentration im Serum < 0,1 ng/ml

Amoxicillin (1. Wahl)	≥ 70 kg < 70 kg	3 x 1 g/d 3 x 750 mg/d	7 Tage
alternativ Azithromycin Clarithromycin Roxithromycin		1 x 500 mg/d 2 x 500 mg/d 1 x 300 mg/d	3 Tage 7 Tage 7 Tage
oder Doxycyclin	≥ 70 kg < 70 kg	1 x 200 mg initial, dann 1 x 200 mg/d 1 x 100 mg/d	7 Tage

- Für Therapien innerhalb der letzten 3 Monate wird ein Wechsel auf eine andere Substanzgruppe empfohlen.

Ambulant erworbene Pneumonie ohne Risikofaktoren

- Ohne schwere Begleiterkrankungen
- Ohne Antibiotika-Vortherapie in den letzten 3 Monaten
- In stabilem klinischen Zustand

Amoxicillin (1. Wahl)	≥ 70 kg < 70 kg	3 x 1 g/d 3 x 750 mg/d	5 - 7 Tage
alternativ Azithromycin Clarithromycin Roxithromycin		1 x 500 mg/d 2 x 500 mg/d 1 x 300 mg/d	3 Tage 5 - 7 Tage 5 - 7 Tage
oder Doxycyclin	≥ 70 kg < 70 kg	1 x 200 mg initial, dann 1 x 200 mg/d 1 x 100 mg/d	5 - 7 Tage

- Keine Empfehlung von Fluorchinolonen!
- Keine Antibiotika bei einer PCT-Konzentration im Serum < 0,1 ng/ml

Ambulant erworbene Pneumonie mit Risikofaktoren (ohne akute hämodynamische oder respiratorische Beeinträchtigungen, die eine stationäre Aufnahme erfordern)

- Antibiotika-Vortherapie in den letzten 3 Monaten
- Bewohner eines Pflegeheimes
- Chronische internistische oder neurologische Begleiterkrankungen

Amoxicillin/Clavulansäure (1. Wahl)	2 x 875/125 mg/d	5 - 7 Tage
alternativ (Penicillinunverträglichkeit oder Therapieversagen)		
Levofloxacin	1 x 500 mg/d	5 - 7 Tage
Moxifloxacin	1 x 400 mg/d	5 - 7 Tage
oder bei Unverträglichkeit der o.g. Substanzen (Cave: unklare orale Bioverfügbarkeit)		
Cefpodoxim-Proxetil	2 x 200 mg/d	5 - 7 Tage
Cefuroxim-Axetil	2 x 500 mg/d	5 - 7 Tage

- Für Therapien innerhalb der letzten 3 Monate wird ein Wechsel zu einer anderen Substanzgruppe empfohlen.
- Bei Verdacht auf eine Koinfektion mit Mycoplasmen, Chlamydien, Legionellen kann eine Betalactam-Makrolid-Kombinationstherapie durchgeführt werden.

Besonderheiten der Therapie bei bekanntem Erreger

- Legionellen: Fluorchinolone (Dosierung + Therapiedauer s. o.)
- Chlamydien, Mycoplasmen: neuere Makrolide, Fluorchinolone (Dosierung + Therapiedauer s.o.)
- Pseudomonas aeruginosa: Kombination von zwei Pseudomonas-wirksamen Substanzen nach Antibiogramm (z.B. Betalaktam + Aminoglykosid oder Betalaktam + Fluorchinolon), Wechsel der Substanzgruppe, falls Antibiotika innerhalb der letzten 3 Monate verordnet
- Coxiella burnetii: Doxycyclin, neuere Makrolide, Fluorchinolone (Dosierung + Therapiedauer s.o.) ggf. in Kombination mit Rifampicin
- Influenza: ggf. Therapie mit Neuraminidasehemmern (Zanamivir - inhalativ, Oseltamvir – oral) bei Risikopersonen innerhalb von maximal 48 h nach Symptombeginn
- VZV, HSV: Aciclovir (3 x 10 mg/kg KG pro Tag als Infusion über 1 Stunde)

Die S3-Leitlinie „Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobielle Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen tiefen Atemwegsinfektionen“ kann online unter www.p-e-g.de auf der Seite „Leitlinien/Empfehlungen“ abgerufen werden.