Ambulant erworbene Pneumonie: Prognoseabschätzung und Therapie

Wann muss der Patient ins Krankenhaus?

Eine für alle Krankenhäuser verpflichtende Qualitätsdokumentation und -evaluation sowie die breite Datenbasis, die das Kompetenznetzwerk CAPNETZ geschaffen und fortlaufend analysiert hat, erweitern unsere Kenntnisse zur ambulant erworbenen Pneumonie ständig. Vor allem gelingt es immer besser, die Prognose der Patienten abzuschätzen.

— Die ambulant erworbene Pneumonie gehört zu den Erkrankungen, die von der Bundesqualitätsstelle (BQS) erfasst werden. Jedes Krankenhaus in Deutschland ist deshalb verpflichtet, Qualitätsdaten zu erheben und an die BQS zu berichten. So konnten in eine BQS-Analyse über einen Zeitraum von zwei Jahren 388 406 Patienten eingeschlossen werden.

Die Inzidenz der Pneumonie bei Erwachsenen steigt von unter 20 Jahren bis zu einem Alter über 90 Jahren etwa um den Faktor 100. Etwa 60% der Patienten zwischen 70 und 90 Jahren mit ambulant erworbener Pneumonie werden stationär behandelt. Auch das Risiko, im Krankenhaus an der Pneumonie zu versterben, ist klar altersabhängig. Während es für Erwachsene bis 40 Jahre wenig mehr als 1% beträgt, liegt es für 70- bis 79-Jährige bei knapp 14%, für 80- bis 89-Jährige bei über 19% und für über 90-Jährige bei mehr als 25%, berichtete Prof. Norbert Suttrop, Berlin.

CRB-65 einfach und treffsicher

Eine breite Datenbasis liefert auch das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte „Kompetenznetzwerk ambulant erworbene Pneumonie“ (CAPNETZ). Eine CAPNETZ-Studie hat kürzlich gezeigt, dass der CRB-65 ein guter Prädiktor der Mortalität von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie ist. Der CRB-

© H. S. Fiebel

65 ist in weniger als einer Minute am Krankenbett zu ermitteln (C = Bewusstseinseinschränkung, R = Atemfrequenz > 30/min, B = Blutdruck systolisch < 90 mmHg oder diastolisch < 60 mmHg, 65 steht für das Alter). Trifft keiner dieser Punkte zu (CRB-65 = 0), liegt die 30-Tage-Mortalität bei 0,5%, treffen alle vier Punkte zu, versterben 35,3% der Patienten innerhalb von 30 Tagen. Bei allen Patienten mit Werten von „1“ und darüber sollte nach der S3-Leitlinie eine stationäre Einweisung erwogen werden.

Aktuelle Therapieempfehlungen

Bei Patienten ohne Risikofaktoren im ambulanten Bereich empfiehlt die S3-Leitlinie keine mikrobiologische Diagnostik. Mittel der ersten Wahl sind Aminopenicilline für fünf bis sieben Tage. Makrolide können alternativ bei Penicillinallergie eingesetzt werden. Nach zwei bis drei Tagen sollte der Patient nochmals evaluiert werden.

Auch bei Patienten mit Risikofaktoren, die ambulant behandelt werden

◀ Pneumonie: Der CRB-65 verrät die Prognose in weniger als einer Minute.

können, ist eine Mikrobiologie nicht generell erforderlich. Als Risikofaktoren gelten eine antibiotische Vortherapie, Wohnen im Pflegeheim und chronische internistische oder neurologische Begleiterkrankungen. Als Mittel der ersten Wahl kommt für solche Patienten ein Betalaktamantibiotikum mit Betalactamaseinhibitor (z.B. Amoxicillin/Clavulansäure) für 5–7 Tage zum Einsatz.

Betalaktamantibiotika für 5–7 Tage werden bei hospitalisierten Patienten auf der Normalstation bevorzugt eingesetzt. Ab einem CRB-65-Score von 2 und mehr empfiehlt die S3-Leitlinie eine Betalactam/Makrolid-Kombination.

Molekulare Verlaufsprädiktoren gesucht

Wie eine ambulant erworbene Pneumonie im Einzelfall verläuft, wird vermutlich durch eine Vielzahl von Mutationen mit geringer Penetranz bestimmt. CAPNETZ will molekulare Prädiktoren für den Verlauf (Phänotyp) durch Methoden der Genomik, Transcriptomic, Proteomik und Bioinformatik identifizieren. Man hofft, eines Tages vorhersagen zu können, ob die Pneumonie bei einem bestimmten Patienten komplikationslos ausheilen wird, oder ob es z.B. zur Sepsis kommt.

DR. ANGELIKA BISCHOFF ■

■ 116. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)