

Community aquired pneumonia (CAP)

Diese Leitlinie gilt nicht für nosokomiale Pneumonie / Hospital aquired pneumonia (HAP) oder Pneumonie unter schwerer Immunsuppression!

Ambulant erworbene Pneumonie: Auftreten innerhalb 48 Stunden nach Krankenhaus-Aufnahme

Schwergradeinteilung nach CRB-65 Index (max. 4 Punkte):

1. Bewusstseinstörung (confusion)
2. Atemfrequenz ≥ 30 /min
3. Diastolischer RR ≤ 60 oder systolischer RR < 90 mmHG
4. Alter > 65 Jahre

Individuelles Risiko beurteilen: eingeschränkte Funktionalität ($>50\%$ Bettlägrigkeit), instabile Komorbidität, Immunschwäche, Risiko für nosokomiale, bzw. multiresistente Erreger

Diagnostik:

- Pulsoxymetrie ($>92\%$?), bzw. bei klinischen Zeichen einer respiratorischen Insuffizienz Blutgasanalyse (BGA)
- Labor mit großem Blutbild + Lactat
- Thorakale Bildgebung (Röntgen möglichst in 2 Ebenen!)

Stationäre Patienten:

- Triple PCR (Influenza/RSV/SARS-Cov2)
- Mikrobiologie: 2 Blutkulturpaare vor Antibiotika-Therapie
 - o Legionellen-/Pneumokokken-Antigen im Urin + Sputumkultur

Therapiedauer:

- Bei leichter bis mittelschwerer Pneumonie 5 Tage
- Bei schwerer Pneumonie 7 Tage
- Jeweils mind. 2 Tage klinische Stabilisierung vor Therapieende
- Ausnahme: Pneumonie mit *St. aureus* – Bakteriämie (siehe Leitlinie)

Ambulante Patienten: **CAVE** Reevaluation nach 2 bis 3 Tagen (i.d.R. beim Hausarzt)

<u>Zielgruppe</u>	<u>Standard</u> (Dosis für GRF >30)	<u>Alternative</u> (Penicillin-Allergie)
CRB-65 = 0; SaO ₂ $> 92\%$, ohne relevante Komorbidität	Amoxicillin 3x 1g p.o.	Doxycyclin 1x200 mg p.o. oder Azithromycin 1x 500 mg p.o. oder Levofloxacin p.o. 2x 500 mg

CRB-65 = 0 mit stabiler Komorbidität - Chronische Herzinsuffizienz - ZNS-Erkrankung mit Schluckstörung - PEG - Bettlägrigkeit	Amoxicillin/Clavulan-säure 3x 1 g p.o.	Levofloxacin p.o. 2x 500 mg
CRB-65 = 0 mit Pseudomonasrisiko (v.a. schwere COPD, Bronchiektasien)	Amoxicillin 3x 1g p.o. plus Ciprofloxacin 2x750 mg	Levofloxacin p.o. 2x 500 mg

Stationäre Patienten:

- Deeskalation / Fokussierung bei nachgewiesener Empfindlichkeit des ursächlichen Erregers & klinischer Stabilisierung
- Oralisierung bei klinischer Stabilisierung und guter oraler Bioverfügbarkeit (s. interne Leitlinie „Oralisierung von Antibiosen“)

<u>Zielgruppe</u>	<u>Standard</u>	<u>Alternative</u> (Penicillin-Allergie)
CRB-65 = 0, aber Hypoxämie, Pleuraerguss, instabile Komorbidität oder CRB-65 = 1 - 2	Ampicillin/Sulbactam 3x 3g i.v. oder Ceftriaxon 1x2g i.v.	Levofloxacin 2x 500 mg p.o. oder i.v.
CRB-65 Index > 2 ⇒ direkt auf IMC/ICU verlegen	Piperacillin/Tazobactam 3-4x 4,5 g i.v. prolongiert plus Azithromycin 1x 500 mg i.v. empirisch für 3 Tage	Levofloxacin i.v. 2x 500 mg bei V.a. Sepsis: siehe Sepsisleitlinie plus Azithromycin 1x 500 mg i.v. empirisch für 3 Tage
CRB-65 Index > 2 und bekannte ESBL-Kolonisation	Meropenem 3x 1g i.v. prolongiert plus Azithromycin 1x 500 mg i.v. empirisch für 3 Tage	Levofloxacin i.v. 2x 500 mg Bei V.a. Sepsis: siehe Sepsisleitlinie plus Azithromycin 1x 500 mg i.v. empirisch für 3 Tage

Influenza-Pneumonie	Oseltamivir 2x 75 mg p.o. für 5d	
---------------------	-------------------------------------	--