

## Nosokomiale Pneumonie

= Auftreten von respiratorischen Symptomen nach > 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme

### Diagnose:

- Röntgen-Thorax (möglichst in zwei Ebenen): neues, persistierendes oder progredientes Infiltrat

PLUS

- 2 von 3 Kriterien erfüllt:
  - Leukozyten > 10 000 oder < 4000 /  $\mu$ l
  - Fieber > 38,3 °C
  - Purulentes Sekret

### Mikrobiologie:

- Abnahme von Blutkulturen vor Antibiotika-Therapie +
- Abnahme von tracheobronchialem Aspirat (TBAS) oder bronchoalveolärer Lavage

### Aspergillose:

Bei Vorliegen von Risikofaktoren für eine invasiv pulmonale Aspergillose (IPA) (Organ-Tx, Neutropenie, hämato-onkologische Grunderkrankung, Steroidtherapie, COPD, Leberzirrhose, Malnutrition, Verbrennungen, Diabetes, schwere Influenza- oder COVID-19 Infektion): Galactomannan und Kultur aus BAL, ggf. aus Serum; ggf. CT-Thorax

<u>Zielgruppe</u>	<u>Standard</u>	<u>Alternative (Penicillin-Allergie)</u>
<b>Frühe VAP</b>  (48 – 96 h nach Aufnahme) ohne Risikofaktor für <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (antibiotische Therapie in letzten 30 Tagen oder Krankenhausaufenthalt in letzten 3 Monaten, strukturelle Lungenerkrankungen)	Ceftriaxon 1x 2 g i.v.	
<b>Späte VAP</b>  (> 96 h nach Aufnahme), sowie Risikofaktoren für <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Piperacillin/Tazobactam 4x 4,5 g i.v.	
<b>Septischer Schock</b>	Meropenem plus	

Bei Risikofaktoren für MRE (s. Risiko für Pseudomonas aeruginosa, und ARDs, Hämodialyse, sept. Schock, MRE-Kolonisation)	Ciprofloxacin 3x 400 mg i.v.  3-7 Tage (je nach klinischem Ansprechen): Stopp bei > 48 Stunden afebrilem Patienten bei häodynamischer Stabilität	
<b>Reevaluation</b> der Therapie nach 48 – 72 Stunden: Anpassung an Mikrobiologie / anderer Fokus? / keine VAP?		