

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 / µl
 - ➔ Fieber > 38,3 °C
 - ➔ Purulentes Sekret

Mikrobiologie:

- Abnahme von Blutkulturen vor Antibiotika-Therapie +
- Abnahme von tracheobronchialen 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</u> <u>(Penicillin-Allergie)</u>
Frühe VAP (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.	
Späte VAP (> 96 h nach Aufnahme), sowie Risikofaktoren für <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Piperacillin/Tazobactam 4x 4,5 g i.v.	
Septischer Schock	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 hämodynamischer Stabilität	
Reevaluation der Therapie nach 48 – 72 Stunden: Anpassung an Mikrobiologie / anderer Fokus? / keine VAP?		