

# Von Lungenentzündung bis Tuberkulose

Bakterien können schwerwiegende Erkrankungen der Lungen und der Atemwege auslösen. Diagnostik, Therapie und Impfoptionen waren Themen auf dem Symposium „Aktuelle Infektionserkrankungen“ der Ärztekammer Nordrhein in Köln.

von Jürgen Brenn



**Professor Dr. Joachim Lorenz** erläuterte Therapieoptionen bei Pneumonie.  
Foto: Jürgen Brenn

Um einer Lungenentzündung oder anderen durch Pneumokokken hervorgerufenen Erkrankung vorzubeugen, stehen derzeit zwei verschiedene Impfstoffe zur Verfügung, sagte Privatdozentin Dr. med. univ. Christina Forstner vom Zentrum für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Jena den rund 200 Teilnehmern des sechsten Symposiums der Ärztekammer Nordrhein zu Infektionskrankheiten in Köln. Zum einen steht seit 1989 das auf 23 Serotypen ansprechende Polysaccharid-Vakzin (PPV 23) zur Verfügung, das für Patienten ab dem zweiten Lebensjahr zugelassen ist. Dieser Impfstoff ruft lediglich eine B-Zell-Antwort hervor, habe keinen Memory-Effekt und sei nicht konjugiert, erklärte Forstner. Seit 2011 ist das 13-valente Konjugatvakzin (PCV 13) für alle Altersklassen ab sechs Wochen zugelassen. Dieser konjugierte Impfstoff bewirke eine B- und T-Zell-Antwort sowie einen Memory-Effekt. Auch sei die Wirksamkeit zur Prävention von invasiven Pneumokokken-Erkrankungen sowie von ambulant erworbenen Pneumonien erwiesen.

Als wirksamste Impfung empfahl Forstner in Köln eine sequenzielle Indikationsimpfung mit beiden Stoffen, beginnend mit PCV 13 und einer Nachimpfung mit PPV 23 frühestens zwei Monaten später sowie eine Wiederholungsimpfung nach fünf Jahren mit PPV 23. Diese Empfehlung gebe die Sächsische Impfkommision seit 2015, berichtete Forstner. Als Standardimpfung empfahl sie für Patienten ab 60 Jahren PCV 13 plus PPV 23 nach vier Jahren. Diese sequenziellen Impfungen wichen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO) ab, die derzeit lediglich die Immunisierung mit einem

Vakzin empfehle, sagte die Forscherin aus Jena. Eine Impfung mit beiden Stoffen sehe die STIKO nur bei Patienten mit Asplenie vor.

Wie wichtig bei Risikopatienten eine Pneumokokkenimpfung ist, erläuterte Professor Dr. Joachim Lorenz. Der Direktor der Klinik für Pneumologie, internistische Intensivmedizin, Infektiologie und Schlafmedizin des Klinikums Lüdenschied sagte, dass in Deutschland jährlich mehr als eine halbe Million Menschen an einer Lungenentzündung erkranken. Je nachdem, ob es sich um eine ambulant erworbene Pneumonie (CAP) oder eine nosokomiale Infektion handle, sei das Erregerspektrum verschieden. Bei CAP seien in 40 Prozent der Fälle Pneumokokken verantwortlich. Die Definition von CAP beinhalte, dass der Patient in den letzten drei Monaten nicht stationär in einer Klinik aufgenommen wurde. Von einer nosokomialen Pneumonie wird gesprochen, wenn diese frühestens 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt. In diesen Fällen sind Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, aber auch Gram-negative Enterobakterien für rund 70 Prozent der Erkrankungen verantwortlich. Auch sei bei der Therapie zu beachten, ob der Patient immunkompetent ist oder nicht.

Bei der schnellen Einteilung des Schweregrades einer Pneumonie können die CRB-65-Kriterien (Confusion, Respiratory Rate, Blood Pressure und Alter des Patienten über 65) sowie die neun vereinfachten ATS/IDSA-Minor-Kriterien helfen.

Als Therapeutika seien bei einer leichten Lungenentzündung Amoxicillin oder alternativ zum Beispiel Moxifloxacin empfohlen. Tritt eine Begleiterkrankung wie chronische Herzinsuffizienz hinzu, sollte

zu dem Antibiotikum zusätzlich Clavulansäure gegeben werden, empfahl Lorenz. Bei einer mittelschweren Pneumonie würde zu dieser Kombination noch drei Tage ein Makrolid gegeben werden. Liegt eine schwere Pneumonie vor, käme Piperacillin in Kombination mit Tazobactam und einem Makrolid für drei Tage zum Einsatz, so Lorenz. Das Therapieziel ändere sich von der Kuration zur Palliation, wenn der Patient eine schwere Grunderkrankung mit infauster Prognose hat und die Lungenentzündung den Eintritt in die Sterbephase kennzeichnet. In diesen Fällen träte die Symptomkontrolle in den Vordergrund. Auf eine Antibiotikagabe würde Lorenz in diesem Fall unter Berücksichtigung des Patientenwillens und nach Absprache mit allen Beteiligten verzichten, da dies den Sterbeprozess verzögere und keine Symptomkontrolle möglich sei.

## Zunahme der TBC in Deutschland

Dr. Jan Rybniker vom Schwerpunkt Infektiologie der Klinik I für Innere Medizin des Universitätsklinikums Köln erläuterte, dass die Zahlen von Tuberkulose-Patienten nach Jahren des Rückgangs seit 2013 in Deutschland wieder ansteigen. Dies hänge vor allem mit der Einwanderung von Menschen zusammen, die aus Gebieten kommen, in denen TBC weiter verbreitet sei als unter der einheimischen Bevölkerung (siehe dazu auch RbÄ 6/2016, S. 21).

Der Nachweis der TB-Erreger erfolge in der Regel über eine Sputum-Probe. Ist diese in der Sputummikroskopie positiv und es liegt eine offene, pulmonale TBC vor, ist der Patient auf einer Isolierstation zu behandeln. Für den Fall, dass die Sputummikroskopie negativ ausfalle aber der PCR-Test positiv ist, müssen weitere Hinweise auf Infektiosität des Patienten zur Abwägung der Frage nach der Unterbringung auf einer Isolierstation den Ausschlag geben. Rybniker empfahl die Isolierung des Patienten, bis die Diagnose erhärtet ist, wenn eine offene TBC differenzialdiagnostisch nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Entscheidet sich der behandelnde Arzt gegen eine Isolierung des Patienten, habe eine engmaschige Kontrolle zu erfolgen.