

Leserbrief

A. Strasburg, J. Rupp, F. J. F. Herth, H. Magnussen, P. Zabel, C. Lange:

Infektionsdiagnostik in der Pneumologie

Pneumologie 2008; 62: 730–743

Mit Freude lese ich Übersichtsartikel wie den o. g. in der Pneumologie, führen sie mir doch wieder vor Augen, was in der Klinik alles möglich ist, um dann doch wieder nicht zweifelsfrei zur richtigen Diagnose und Therapie zu gelangen. Einerseits wächst in mir der Neid, was man alles machen kann, um seine nagenden Zweifel aus dem Weg zu räumen, andererseits komme ich mir als einfacher Hausarzt fast wie ein armer Bader vor, wenn ich allein mit Anamnese und Untersuchungsbefund, in seltenen Fällen noch dem CRP zu einer Entscheidung kommen muss. Mit Freude darf ich behaupten, dass die Hausarztmedizin trotz dieser „Mängel“ im Vergleich nicht schlecht abschneidet.

Auch wenn der Einwand berechtigt ist, dass die in der Tabelle aufgeführten Unterscheidungsmerkmale wissenschaftlich nicht belegt sind, sind diese für mich eine wertvollere Hilfe als alle im Artikel aufgeführten diagnostischen Möglichkeiten, ganz einfach, weil ich sie sofort anwenden kann und sie mich meistens zum Ziel führen. Zusätzlich ist mein Verdacht auf eine CAP oftmals bestätigt worden, wenn der Patient anamnestisch von intermittierendem oder remittierendem hohem Fieber berichten konnte. Ein Virusinfekt ist höchstwahrscheinlich, wenn der Patient Schmerzen bei extremen Augenbewegungen angeben kann. Erfahrung kann eben doch vieles ersetzen!

Tab. 1 Möglichkeiten zur Unterscheidung von Atemwegsinfekten nach klinischen Kriterien.

Kriterium	viral (allgemein)	Influenza	bakteriell
Krankheitsgefühl	langsam progredient		sofort schlecht
Fieber	langsam ansteigend		sofort hoch
Muskelschmerzen	häufig	schwer	selten
Husten	trocken	trocken	feucht
Auswurf	keiner		möglich

Wie weit Wunsch und Wirklichkeit auseinanderklaffen, demonstriert die Feststellung, dass die zahlreichen Beschränkungen im Gesundheitswesen in der Vergangenheit dazu geführt haben, dass die Möglichkeit zu einer Röntgen-Untersuchung für meine Praxis, bis vor ca. 2 Jahren noch 3–4 in naher Umgebung, jetzt für den Patienten eine Fahrt von ca. 7 km bedeutet. Und das in einer Großstadt! Der Wunsch, vor Therapiebeginn einen Röntgen-Thorax anfertigen zu lassen, ist zu einem Wunschtraum geworden. Ich glaube, dass dieses beklagenswerte Szenario für die meisten Hausarztpraxen und sicher inzwischen auch für viele Pneumologiepraxen ähnlich ist.

Dr. med. Thomas Hausen
Grafenstr. 52
45239 Essen
th.hausen@t-online.de

Antwort

Herr Dr. Hausen spricht in seiner Stellungnahme wahrscheinlich vielen Kolleginnen und Kollegen aus dem Herzen. Eine Leitliniengetreue Patientenversorgung mit einfachen Hilfsmitteln ist im praktischen Alltag oft nicht möglich.

Unser Wunsch, vor jeder antibiotischen Therapie einer möglichen Lungenentzündung ein Röntgenbild des Thorax zu fordern, muss für viele niedergelassene Kolleginnen und Kollegen ein Wunsch bleiben. Die strukturpolitischen Entscheidungen der letzten Jahre haben daran nichts geändert. Im Gegenteil.

Es gibt zahlreiche, auch prospektive Untersuchungen, die zeigen, dass klinische Symptome allein meist nicht ausreichen, um eine bakterielle Infektion der tiefen Atemwege von einer nicht-bakteriellen Infektion ausreichend sicher unterscheiden zu können, um so eine adäquate Therapieempfehlung zu geben [1,2]. Folge sind die vielfach beklagte Übertherapie mit Antibiotika, Hauptursache von gefährlicher Resistenzbildung [3], und zusätzliche finanzielle Belastung unseres Gesundheitswesens. 2007 wurde in Deutschland allein mit Antibiotika bei 38,4 Mio. Verordnungen ein Umsatz von 779 Mio. € erwirtschaftet [4]. Legt man die Ergebnisse der Hannover Pro I-Studie von Herrn Prof. Welte [5] oder der Basler-Gruppe um Prof. Müller zugrunde [6,7], so werden noch immer, auch wenn modernste diagnostische Methoden zum Einsatz kommen können, deutlich zu viele Patienten unnötiger Weise mit Antibiotika behandelt.

Wir stimmen Herrn Hausen zu: Klinische Erfahrung ist eine schwer fassbare, aber unabdingbare Voraussetzung für kompetentes ärztliches Handeln! Zu kompetentem ärztlichen Handeln gehören aber auch klare Vorstellungen von den Definitionen von Krankheitsbildern. Zur Definition der Pneumonie gehören Infiltrate im Röntgen-Thorax Bild. Wenn ein Röntgenbild nicht verfügbar ist, behandelt man unter einer Verdachtsdiagnose, dessen muss man sich bewusst sein.

Für die Autoren
PD Dr. med. Christoph Lange
Forschungszentrum Borstel
Parkallee 35
23845 Borstel
clange@fz-borstel.de

Literatur

- 1 Stolz D, Christ-Crain M, Gencay MM et al. Diagnostic value of signs, symptoms and laboratory values in lower respiratory tract infection. *Swiss Med Wkly* 2006; 136: 434–440
- 2 Muller B, Harbarth S, Stolz D et al. Diagnostic and prognostic accuracy of clinical and laboratory parameters in community-acquired pneumonia. *BMC Infect Dis* 2007; 7: 10
- 3 van de Sande-Bruinsma N, Grundmann H, Verloo D et al. Antimicrobial drug use and resistance in Europe. *Emerg Infect Dis* 2008; 14: 1722–1730
- 4 Schwabe U, Paffrath D. *Arzneiverordnungs-Report 2008; Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Springer; 2007
- 5 Burkhardt O, Evcuemen S, Wegscheider K et al. Procalcitonin (PCT) in primary care patients with upper and lower respiratory tract infections (RTI). *ATS Annual Conference* 2008; 2008; Toronto, USA. 2008
- 6 Briel M, Schuetz P, Mueller B et al. Procalcitonin-guided antibiotic use vs a standard approach for acute respiratory tract infections in primary care. *Arch Intern Med* 2008; 168: 2000–2007 [discussion 7–8]
- 7 Christ-Crain M, Stolz D, Bingisser R, Muller C et al. Procalcitonin guidance of antibiotic therapy in community-acquired pneumonia: a randomized trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 174: 84–93