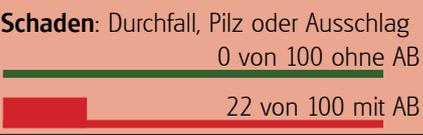


## >> Faktenbox zur Hustenbehandlung mit/ohne Antibiotikum

Akute Bronchitis bei 100 Behandlungen	ohne Antibiotikum	mit Antibiotikum
<b>Nutzen:</b> durchschnittliche Hustendauer 	18 Tage	17 Tage +10 Stunden
<b>Nutzen:</b> verkürzte Hustendauer 	0 Behandelte	5 Behandelte <sup>1</sup>
Arbeitsfähig am 3. Tag	Kein Unterschied	
Arbeitsfähig am 7. Tag	Kein Unterschied	
Lebensqualität am 7. Tag	Kein Unterschied <sup>2</sup>	
<b>Schaden:</b> Durchfall, Pilz oder Ausschlag 	0 Behandelte	22 Behandelte <sup>3</sup>

**Aktueller  
wissenschaftlicher  
Kenntnisstand zur  
Akuten Bronchitis**

## KURZ & BÜNDIG

- **Husten (med.: akute Bronchitis) zählt zu den am häufigsten vorgebrachten Beschwerden in der allgemeinärztlichen Praxis. Dabei haben von 20 Erkrankten 19 eine virale Bronchitis, lediglich einer hat einen bakteriellen Infekt.**
- **Antibiotika helfen nur bei bakteriellen Infekten, ihre Verordnung sollte bei Atemwegsinfektionen in vielen Fällen hinterfragt werden: 90 % dieser Erkrankungen stellen keine Indikation für eine Antibiotikabehandlung dar. Trotzdem werden anteilig die meisten Antibiotika bei Erkrankungen der oberen Atemwege verordnet.**
- **Die Unterscheidung viral/bakteriell ist nicht immer einfach: Hohes Fieber, Kreislaufbeeinträchtigung, die zur Bettruhe zwingt, und Kurzatmigkeit bei alltäglichen Belastungen sind Warnsymptome. In diesem Fall ist ein Blutbild möglicherweise hilfreich; sind die Entzündungswerte erhöht, profitiert der Patient sehr wahrscheinlich von einem Antibiotikum.**
- **Ohne Antibiotikum dauert der Husten 18 Tage, mit Antibiotikum „nur“ 17 Tage und 10 Stunden. Nicht selten erhalten Erkrankte in der zweiten Krankheitswoche schon ihr 2. oder 3. Antibiotikum; von 100 Patienten unter Antibiotikabehandlung profitieren 5 durch eine minimal verkürzte Hustendauer, aber 22 leiden unter Nebenwirkungen, wie Durchfall, Pilz oder Ausschlag.**

## >> Definition

Unkomplizierte Hustenerkrankungen bezeichnet Ihr Arzt als „akute Bronchitis“. „Akut“ sagt dabei nichts über die Schwere der Erkrankung aus, sondern meint deren Dauer; das Gegenteil von „akut“ wäre also „chronisch“. Etabliert ist die Einteilung des Hustens in akut (Dauer bis zu 3 Wochen), subakut (3 bis 8 Wochen – Diagnostik und Therapie entsprechen in der Regel der akuten Bronchitis) und chronisch (länger als 8 Wochen). Basis dafür ist die Tatsache, dass der akute Husten bei 6 von 10 Patienten binnen 2 Wochen von selber heilt<sup>4</sup>. Zu 90 % sind Atemwegs-Viren die Auslöser. Bei Kleinkindern gelten 10–12 Infekte, bei Erwachsenen 2–5 pro Jahr als normal.

## >> Diagnostik

Eine „akute Bronchitis“ ist eine Entzündung von Luftröhre und Bronchien mit dem Leitsymptom Husten – ohne Beteiligung der Lunge. In den ersten Tagen der Infektion ist eine Unterscheidung von milden Infekten der oberen Atemwege nicht möglich; von akuter Bronchitis spricht man, wenn der Husten mehr als 5 Tage andauert (siehe auch „Definition“).

Bei einer akuten Bronchitis treten in der Regel erst trockener, dann produktiver Husten (= mit Auswurf), häufig Fieber, Halsschmerzen und Schnupfen auf. Neben den Symptomen einer Erkältungskrankheit kön-

nen auch Zeichen einer Verengung der Bronchien vorliegen – dies trifft etwa 4 von 10 Patienten. Der Übergang von der Erkältungskrankheit zur akuten Bronchitis ist fließend. Eine akute Bronchitis ohne Erkältungsinfekt ist selten.<sup>5</sup>

Die akute Bronchitis dauert im Schnitt 18 Tage. Die Hälfte der Patienten hat dabei gelblich-grünen Auswurf, doch nur einer von 10 mit „eitrigem“ Auswurf hat eine bakterielle Erkrankung. Anhand der Farbe des Auswurfs kann also nicht entschieden werden, ob ein Antibiotikum hilft.

### Im Praxisalltag wird in der Regel Folgendes geklärt:

- Bestehen Erkrankungen in der Umgebung des Patienten?
- Besteht Fieber über 38 °C, insbesondere schon länger als 24 h?
- Hat der Patient Kreislaufprobleme, die ihn zur Bettruhe zwingen?
- Ist der Patient wegen Kurzatmigkeit nicht mehr fähig, 2 Stockwerke ohne Stehenbleiben durchzugehen?

Liegt keines dieser Warnsymptome (med.: „Red Flags“) vor und ergibt das Abhören der Lunge keinen verdächtigen Befund, ist keine weitere Untersuchung erforderlich, auch ein Lungen-Röntgen wird nicht empfohlen.<sup>6</sup> Genauere Abklärungen sind erforderlich, wenn Patienten in einem schlechten Allgemeinzustand sind oder Begleiterkrankungen haben – dies sind vor allem Ältere (insbesondere über 75), Raucher

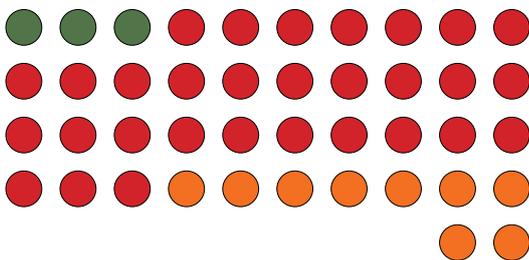
und Menschen mit chronischen Erkrankungen (Herz-Kreislauf-, Atemwegserkrankungen, Diabetes, Multimorbidität u. Immunsupprimierte)<sup>7</sup>.

## >> Erweiterte Diagnostik

Laboruntersuchungen sind bei fehlenden Warnsymptomen nicht notwendig. Zur Unterscheidung virale/bakterielle Bronchitis – und damit für die Entscheidung für/gegen den Einsatz eines Antibiotikums – wird ihre diagnostische Bedeutsamkeit kontrovers diskutiert. **Schnelltests** (z. B. Pneumokokken, Legionellen) gelten als nicht kosteneffektiv<sup>8</sup>. Eine Bestimmung der **Leukozyten** (weiße Blutplättchen) ist bei Patienten ohne Warnsymptome und bei unauffälligem Befund beim Abhören der Lunge grundsätzlich nicht notwendig<sup>9</sup>. Nur bei Patienten mit Warnsymptomen und bei älteren Patienten in reduziertem Allgemeinzustand wird zur Leukozytenmessung geraten.

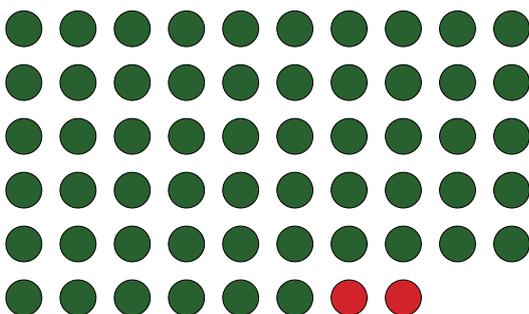
**C-reaktives Protein (CRP):** C-reaktives Protein (umgangssprachlich „Entzündungswert“) kann heute in den meisten Praxen binnen weniger Minuten bestimmt werden; die Empfehlungen zur CRP-Messung bei akuter Bronchitis sind aber widersprüchlich: Die DEGAM formuliert z. B., dass eine CRP-Messung grundsätzlich nicht notwendig ist; das Protein ermöglicht keine Differenzierung zwischen viralen und bakteriellen Erregern – es ist aber ein relativ guter Entzündungsparameter für tiefe Atemwegsinfektionen (z. B. Lungenentzündung)<sup>10</sup>.

**Von 100 Personen mit Husten haben 42 einen CRP-Wert über 40 mg/l und bekommen ein Antibiotikum – nur 3 profitieren davon:**



**3 Patienten** haben eine Lungenentzündung, die durch CRP-Messung richtig erkannt wird, sie erhalten das **Antibiotikum zurecht**. **30 Patienten** haben trotz erhöhter CRP-Werte keine Lungenentzündung, sie bekommen das **Antibiotikum umsonst**. **9 Patienten** haben trotz erhöhter CRP-Werte keine Lungenentzündung, nehmen das **Antibiotikum umsonst** und leiden unter **Nebenwirkungen des Antibiotikums**.

**Von 100 Personen mit Husten haben 58 einen CRP-Wert unter 40 mg/l und bekommen kein Antibiotikum - 2 Lungenentzündungen werden dabei übersehen:**



**56 Patienten** haben eine Virusbronchitis, die richtig erkannt wird und erhalten **zurecht kein Antibiotikum**. **2 Patienten** haben eine **Lungenentzündung**, die **nicht erkannt** wird; sie **würden von Antibiotikum profitieren**.

## Sekundärinfektionen

In einzelnen Fällen beginnt das Krankheitsbild viral, erst später kommt eine bakterielle Sekundärinfektion hinzu, man spricht auch von Superinfektionen. Angesichts dieser Komplikationsmöglichkeit sollten Sie bei Zunahme der Beschwerden erneut Ihren Hausarzt konsultieren.

## >> Therapie

Antibiotika sind bei 90 % dieser Erkrankungen nicht notwendig, Nutzen und Risiken sind sorgfältig abzuwägen (Faktenbox S. 1). Im Einzelfall kann es bei Erkrankten < 70 Jahren mit Fieber, grenzwertigen CRP- und Leukozyten-Befunden sinnvoll sein, mit der Einnahme eines Antibiotikums ein oder zwei Tage unter Beobachtung zu warten.<sup>11</sup>

**Schmerz- und Fiebertmittel:** Erhöhte Körpertemperatur und Fieber werden für die Heilung als günstig bewertet. Vor dem Einsatz fiebersenkender Medikamente sind Wadenwickel (nur bei warmen Extremitäten) empfohlen<sup>12</sup>. Schmerzmittel beeinflussen die Krankheitsdauer nicht, aber in Einzelfällen können z. B. Paracetamol oder Ibuprofen zur Linderung von Kopf- und Gliederschmerzen sinnvoll sein.

**Hustenstiller/Hustenlöser:** Die Studienlage zeigt, dass Hustenstiller in der Linderung des Hustenreizes nicht besser als Placebos wirken, jedoch die Fähigkeit zu schlafen verbessern. Obwohl Hustenlöser hoch im Kurs stehen, liegt kein ausreichender Nachweis zu Therapieeffekten dieser Mittel bei akutem Husten und Erkältungskrankheiten vor.

**Pflanzliche Schleimlöser:** Diese Mittel sind noch zu wenig untersucht; wenn Sie selbst bisher gute Erfahrungen damit haben, ist wohl nichts dagegen einzuwenden.

**Abschwellende Nasentropfen:** Anwendung nur bei starkem „Stockschnupfen“, keinesfalls länger als 7 Tage!

**Echinacea:** Der Nutzen in der Behandlung von Erkältungen ist nicht erwiesen, es gibt aber Hinweise auf einen geringen Nutzen in der individuellen Erkältungsprophylaxe.

**Honig:** Wissenschaftlich kann man sich weder für, noch gegen die Behandlung mit Honig aussprechen: Wenn es Ihnen gut tut, spricht nichts dagegen.

**Zink:** Wird Zink binnen 24 h nach Auftreten der Symptome eingenommen, kann bei gesunden Menschen die Dauer der Erkältungssymptomatik verkürzt werden; der Nutzen ist aber vor dem Hintergrund möglicher Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, schlechter Geschmack) zu sehen.

## >> Über diese Patienten-Information

Herausgeber dieser Patienten-Information ist die Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin (TGAM, [www.tgam.at](http://www.tgam.at)); eine unabhängige, gemeinnützige wissenschaftliche Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin. Diese Information ist wie auch deren Langfassung (online auf [www.tgam.at](http://www.tgam.at)) als Ergänzung zum ärztlichen Gespräch gedacht.

1. Auflage 2014

1 Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R: Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev 2004;4:CD000245-CD000245

2 Evans AT, Husain S, Durairaj L, Sadowski LS, Charles-Damte M, Wang Y: Azithromycin for acute bronchitis: a randomised double-blind, controlled trial. Lancet 2002;359:1648-1654

3 Smucny et al.: Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev 2004

4 KF Chung, ID Pavord: Prevalence, pathogenesis, and causes of chronic cough. Lancet, 2008. 371(9621): p. 1364-74

5 DEGAM-Leitlinie Nr. 11: Husten, © DEGAM, Rostock, 2014. S. 16

6 Wenzel RP, Fowler AA: Acute Bronchitis. NEMJ 2006;355:2125-2130

7 DEGAM-Leitlinie Husten 2014, S. 10

9 Richard P et al.: MD Acute Bronchitis. NEJM, Volume 355:2125-2130 2006

10 Schuetz P, Christ-Crain M, Muller B: Procalcitonin and other biomarkers to improve assessment and antibiotic stewardship in infections - hope for hope? Swiss Med Wkly, 2009;139(23-24):318-26

11 Little P; Information Leaflet and Antibiotic Prescribing Strategies for Acute Lower Respiratory Tract Infection: A Randomised Controlled Trial, JAMA, 2005, 293, 24, 3029-3035

12 DEGAM-Leitlinie Husten, 2014. S. 23