

Wirkungsspektrum:

- ausschließlich **gram \oplus** -Erreger (Strepto-, Staphylo-, Enterokokken)
- Besonderheit: WHO Gruppe A Medikament bei resistenter Tuberkulose

Pharmakokinetik:

- perorale und parenterale Gabe möglich

Unerwünschte Wirkungen:

- **Myelosuppression !**
- Periphere & optische **Neuropathie (Sehverlust!)**
- MAO-Hemmstoff - Serotoninsyndrom



Anwendungsgebiete aus der Fachinfo:

Ambulant erworbene/nosokomiale Pneumonie Schwere Haut- und Weichteilinfektionen

- Vorliegen eines Resistogramms
- Ggf. gleichzeitige Therapie gegen gramnegative Erreger

Behandlung mit Linezolid sollte nur im Klinikumfeld und unter Berücksichtigung der Empfehlungen eines entsprechenden Experten, z.B. Mikrobiologen oder Spezialisten für Infektionskrankheiten begonnen werden

Gabe > 4 Wochen off-label use !





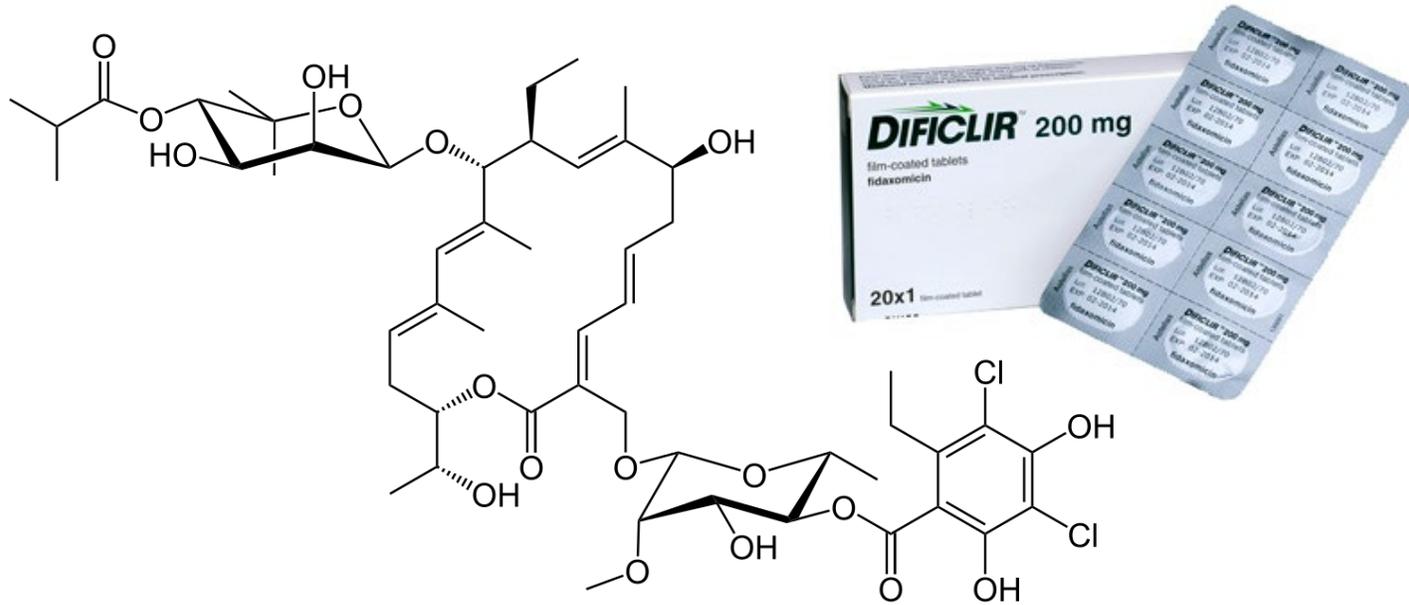
- Linezolid ist Oralisierungsoption z.B. bei periprothetischen Infekten, Spondylodiszitis, septischer Arthritis mit gram + Erregern (z.B. VRE oder nach Resistogramm), MRSA-Endokarditis, VRE-Infektionen
- Empfehlung im Arztbrief zur ambulanten Therapie, i.d.R. ohne beigefügtes Resistogramm
- Patienten erhalten ambulant kein Linezolid weiter, ggf. unzureichende oder keine Alternative
- Angst vor Nachfragen der Krankenkassen Jahre später
- Einige Kliniken geben Linezolid mit –
kritisch: Überwachung der Nebenwirkungen, z.B. Blutbildkontrollen, Haftung?

Positionierung der KV?





Fidaxomicin (Makrozykline)



Fidaxomicin (DIFICLIR®)



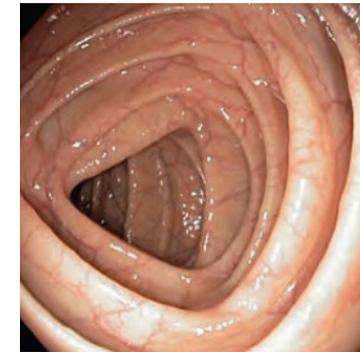


Indikationen:

- Clostridioides-difficile-Infektion (CDI), und -a^ssoziierte **D**iarrhoe (CDAD)
- 8-fach höhere Aktivität als Vancomycin

Pharmakokinetik:

- allenfalls geringe systemische Resorption aus GIT
- nur lokale Wirkung im GIT



Unerwünschte Wirkungen:

- Erbrechen, Übelkeit, Obstipation





2012 in EU zugelassen, 2022
Empfehlung in Europäischer
Leitlinie, 2023 in deutscher
Leitlinie

Fidaxomicin in der Primärtherapie
gleichwertig zu Vancomycin

Bei erhöhtem Rezidivrisiko:
Fidaxomicin bevorzugt

Praxis: Umsetzung?

Empfehlung 3.7. Primärtherapie der *Clostridioides difficile*-Infektion: Antibiotika

Modifiziert 2023

Für die spezifische Primärtherapie der CDI werden folgende Empfehlungen gegeben:

- Die Primärtherapie **soll** mit Fidaxomicin 2 x 200 mg / Tag p. o. oder Vancomycin 4 x 125 mg / Tag p. o. über 10 Tage erfolgen.

[starke Empfehlung, starker Konsens]

- Bei erhöhtem Rezidivrisiko **soll** Fidaxomicin eingesetzt werden. (siehe Empfehlung 3.9)

[starke Empfehlung, Konsens]

Tabelle 11: Therapierelevante Risikofaktoren für eine rezidivierende CDI

Risikofaktor	Qualität der Evidenz ²⁰²
Alter > 65 Jahre	Moderat
Vorhergehendes Rezidiv (<3 Monate)	Moderat
Nosokomial erworbene CDI	Niedrig
Vorhergehende Hospitalisierung	Niedrig
PPI-Verschreibung während oder im Anschluss an CDI-Episode	Niedrig

cht schwerem
pliance des

(einmalig 10

tronidazol 3 x
olgen.





Probleme mit Fidaxomycin in der ambulanten Weiterführung der Therapie

Therapiedauer

20 Tabletten je 200mg p.o. über **10 Tage** versus extended-pulsed Schema über **25 Tage**

Kosten: **ca 2000 €**

Beginn im stationären Setting

Problem:

- Patienten werden häufig vor Ende der Therapie entlassen
- ambulantes Weiterführen der stationär begonnenen Therapie?
- Wer trägt die Kosten?

Positionierung der KV?



Kommunikation und kollegialer Austausch im Rahmen des ABS-Netzwerkes zum Umgang mit dem Problem speziell und allgemein

