Antibiotische Therapie in Bielefeld – AnTiB Hausarzt 2026 KURZVERSION

Abkürzungen: AB=Antibiotika, AS=Augensalbe, AT=Augentropfen, bakt=bakteriell, C=Creme, DD=Differenzialdiagnose, E=Einheiten, ED=Einzeldosen/Tag, EM=Erythema migrans, Empf=Empfehlung, EW=Einweisung, GAS=Gruppe A-Streptokokken, HWI=Harnwegsinfektion, Ind=Indikation, Mo=Monate, NS=Nasenspray, OT=Ohrentropfen, P=Pneumonie, RF=Risikofaktor, T=Tag(e), Tbl=Tablette(n), tgl=täglich, ÜW=Überweisung, V.a.=Verdacht auf, VO=Verordnung, W=Wahl

Darstellung der AB-Therapie nach folgendem Schema (bevorzugte Ther. / 1. Wahl auf hervorgehobenem Hintergrund):

Antibiotikum X	**Tagesdosis und Anzahl der Einzeldosen (ED)**	**Dauer**	**Bemerkungen**
Antibiotikum Y			

1 Atemwegsinfektionen

1.1 Tonsillopharyngitis

1.1.1 Virale Tonsillopharyngitis (bis 80%): NSAR od. Paracetamol über 3 Tage

1.1.2 Bakterielle Tonsillopharyngitis (ca. 20%, dann meist GAS)

Ther.: siehe „Centor-Score"; AB erwägen bei GAS-Tonsillopharyngitis und deutlichem Krankheitsgefühl

Penicillin V	3 x 1 Mega	5-7 T	nicht zu den Mahlzeiten
Clarithromycin	2 x 250 mg	5 T	1. Wahl bei Penicillin-Allergie[2]
Cefaclor[1]	3 x (500 mg -) 1000 mg	5-7 T	2. Wahl bei Penicillin-Allergie[2]

[1] Cefaclor: Cephalosporin der Gruppe 1 mit sehr guter Bioverfügbarkeit (90%) u. guter grampos. Wirkung

[2] 5-10% der Patienten geben anamnestisch eine Penicillin-Allergie an; die Validität dieser Angaben ist jedoch oft unsicher

bei Rezidiv: Penicillin V über 10 T

bei RF wie Komorbidität, Immundefizienz ggf. breiteres Keimspektrum: Amoxicillin/Clav[3] od. Clindamycin über 10 T

1.2 Akute Otitis media (bei Erwachsenen selten)

Ther.: in der Regel symptomat.: abschwellendes NS, Analgetika (NSAR, Paracetamol); bei RF (z.B. Immundefizienz) od. bei ausbleibender Spontanbesserung nach 2 Tagen ggf. AB (bei schwerem/protrahiertem Verlauf: ÜW HNO)

Amoxicillin	3 x 750 mg (< 70 kg) – 3 x 1000 mg (> 70 kg)	5-7 T	
Amoxicillin/Clav[3]	2 x 875/125 mg (< 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	5-7 T	bei Rezidiv / kompliz. Verlauf
Clarithromycin	2 x 250 mg (bis 2 x 500 mg, je nach Schwere d. Erkr.)	5-7 T	bei Penicillin-Allergie[2]

[3] Gefahr der Lebertoxizität; alternativ ggf. Ampicillin-Sulbactam (= Sultamicillin): äquivalente Volldosis 3 x 2 Tbl. à 375 mg

1.3 Otitis externa diffusa

1.3.1 Leichte Form: säubern, topische AB (Ciprofloxacin OT für 7-10 T. od. Mullstreifen-Einlage mit AB-Salbe, ggf. plus topisches Corticoid)

1.3.2 Schwere Form: ggf. ÜW HNO; AB (s.u.) vorzugsweise erst nach Abstrich

Ciprofloxacin	2 x 500-750 mg	5-7 T	

1.4 Rhinosinusitis

1.4.1 Akute Rhinosinusitis:

Ther.: **Grundsätzlich keine AB.** Bei schwerem Verlauf oder Risikofaktoren ggf. AB erwägen:

Amoxicillin	3 x 750 mg (< 70 kg) – 3 x 1000 mg (> 70 kg)	5-7 T	
Doxycyclin	2 x 100 mg	5-7 T	

1.4.2 Chronische Rhinosinusitis:

Ther.: AB evtl. begleitend zu symptomatischen Maßnahmen, möglichst erst nach Abstrich:

Clarithromycin	2 x 500 mg f. 2 Wo, dann 2 x 250 mg f. 6 Wo	8 Wo	
Doxycyclin	Tag 1: 200 mg, dann 1 x 100 mg	3 Wo	

1.5. Laryngotracheitis

1.5.1 Akute Laryngitis/Laryngotracheitis

Ther.: **Grundsätzlich keine AB**, sondern symptomat. mit Inhalationen, Analgetika (NSAR, Paracetamol)

1.5.2 Akute Epiglottitis: sofort ÜW HNO od. EW Krankenhaus; **1.5.3 – Laryngitis subglottica:** s. Langfassung

1.6. Akute Bronchitis

1.6.1 Unkomplizierte Akute Bronchitis (Regelfall)
Ther.: Symptomat., keine AB

1.6.2 Komplizierte Akute Bronchitis (Ausnahme)

Amoxicillin	3 x 750 mg (< 70 kg) – 3 x 1000 mg (> 70 kg)	5 (-7) T	
Doxycyclin	< 70 kg: 1. Tag 1 x 200 mg, dann 1 x 100 mg > 70 kg: 1 x 200 mg (oder 2 x 100 mg)	5 (-7) T	
Clarithromycin	2 x 500 mg (n. 3 T Reduktion auf 2 x 250 mg)	5 (-7) T	bei Verd. auf atyp. Erreger; 2. Wahl bei Penicillin-Allergie[2]

1.7 Akut Exazerbierte COPD (AECOPD)

1.7.1 Leichte AECOPD (= leichte Zunahme Dyspnoe, ggf. Sputum, AF < 24/min, HF < 95/min, Ruhe O2 ≥ 92% bzw. ≥ der individ. gewohnten O2-Sättig.)
Keine AB-Ther., Therapieintensivierung mit Inhalativa, Cortison oral.

1.7.2 Mittelschwere AECOPD (= deutliche Zunahme Dyspnoe plus **eitriges** Sputum, AF > 24/min, HF > 95/min, Ruhe O2 < 92% bzw. < der individ. gewohnten O2-Sättig., ggf. Fieber > 38°C, **CRP > 40-50 mg/dl**)
AB-Therapie (Dauer i.d.R. max. 5 T) plus Maßnahmen wie oben

Amoxicillin	3 x 750 mg (< 70 kg) – 3 x 1000 mg (> 70 kg)	5 T	
Doxycyclin	< 70 kg: 1. Tag 1 x 200 mg, dann 1 x 100 mg > 70 kg: 1 x 200 mg (oder 2 x 100 mg)	5 T	in leichten Fällen; alternativ od. bei Penicillin-Allergie[2]
Clarithromycin	2 x 500 mg (n. 3 T Reduktion auf 2 x 250 mg)	5 T	bei Verd. auf atyp. Erreger; 2. Wahl bei Penicillin-Allergie[2]

Bei Ther-versagen, Rezidiv früher als 3 Mo, schlechtem AZ:

Amoxicillin/Clav[3]	2-3 x 500/125 mg (< 40 kg, Leberinsuff.) – 2 x 875/125 (< 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	5 T	1. Wahl
Levofloxacin	2 x 500 mg	5 T	1. Wahl bei Pseudomonas-Risiko; 2. Wahl bei Penicillin-Allergie[2]

Schwere AECOPD (Zuhilfenahme Atemhilfsmuskulatur, Kreislaufinstabilität): stationäre Ther.

1.8 Keuchhusten

Diagn.: PCR aus Nasopharyngeal-Abstrich (Frühphase); ggf. Serologie (Spätphase, schwierige Beurteilbarkeit)
Ther.: bis zu 3 Wochen nach Hustenbeginn bzw. bei positivem Erregernachweis (PCR)

Clarithromycin	2 x 500 mg	7 T	bis zu 3 Wo. nach Hustenbeginn

1.9 Ambulant erworbene Pneumonie (AEP)

1.9.1 AEP *ohne* RF

Amoxicillin	3 x 750 mg (< 70 kg) – 3 x 1000 mg (> 70 kg)	3 (-5) T[4]	
Doxycyclin	< 70 kg: 1. Tag 1 x 200 mg, dann 1 x 100 mg > 70 kg: 1 x 200 mg (od. 2 x 100 mg)	3 (-5) T[4]	in leichten Fällen, ggf. bei Penicillin-Allergie[2]
Levofloxacin	2 x 500 mg	3 (-5) T[4]	2. Wahl bei Penicillin-Allergie[2], 1. W bei dring. V.a. Legionellen
Clarithromycin	2 x 500 mg (n. 3 T ggf. Reduktion auf 2 x 250)	5 T[4]	1. W bei dring. V.a. Mykoplasmen

1.9.2 AEP *mit* RF (inkl. geriatrisch-palliative / palliative Situation)

Amoxicillin/Clav[3]	2-3 x 500/125 mg (< 40 kg, Leberinsuff.) – 2 x 875/125 (< 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	5 (-7) T	
Levofloxacin	2 x 500 mg	5 (-7) T	bei Pseudomonas-Risiko; 2. Wahl bei Penicillin-Allergie[2]
Amoxicillin + Gyrasehemmer	3 x 1000 mg + 3 x 500 mg Ciprofloxacin od.: 3 x 1000 mg + 2 x 500 mg Levofloxacin	5 (-7) T	bei Breitspektrum-Keimrisiko und Pseudomonas-Risiko

[4] Die vs. der AEP mit RF kürzere Ther-dauer von 3 bzw 5 T setzt klin. Stabilitätskriterien voraus: z.B. Temp. ≤ 37,8°C, HF < 100/min, RR > 90 mmHg, O2-Sättig. > 90%, AF ≤ 24/min, normaler Bewusstseinszustand

2 Harnwegsinfektionen

2.1 Akute unkomplizierte HWI (Zystitis)

Ther.: Versuch 3 T symptomat. Ther. mit NSAR; wenn erfolglos, dann AB (ggf. nach Urinkultur):

Nitrofurantoin ret.	2 x 100 mg	5 T	1. Wahl bei Frauen **sowie** jungen Männern **ohne Prostatitis.** Cave NW!
Pivmecillinam	3 x 400 mg	3 T	1. Wahl bei Frauen **und** jungen Männern
Nitroxolin	3 x 250 mg	5 T	1. Wahl bei Frauen, aber wenig Erfahrungen
Trimethoprim	2 x 200 mg	3 T	falls lokale Resistenzen für E. coli < 20%
Norfloxacin	2 x 400 mg	3 T	Frauen: 2. Wahl; junge Männer

(Fosfomycin nicht gelistet, da aufzusparendes Reserve-AB für die Intensivmedizin, erschwerte Anwendungsmodalitäten, z.T. höhere Versagerquote, genug Alternativoptionen der 1. und 2. Wahl; Pivmecillinam: cave Penicillinallergie[2])

2.2 Akute komplizierte HWI (Zystitis, Prostatitis, Pyelonephritis), leichter Verlauf

Ciprofloxacin	2 x 500 mg (- 750 mg)	7 T	1. Wahl
Levofloxacin	1 x 750 mg	5 T	1. Wahl
Cefpodoxim	2 x 200 mg	7 T	orale Bioverfügbarkeit nur ca. 50%

(schwangere F: ÜW Gynäkologie; ältere M: ÜW Urologie; schwerer Verlauf: stationäre Ther.; möglichst vorher Urinkultur)

2.3 Rezidivierende HWI

Ther.: Zunächst Urinkultur! Wechsel auf anderes AB (s.o.), Ther. 5 - 10 T. (je nach AB; siehe Lang-Fassung)

2.4 Langzeitprävention bei rezidivierenden HWI

Nitrofurantoin	1 x 50-100 mg	6 (- 12) Mo	Cave: NW Lungenfibrose (selten)
Trimethoprim	1 x 100 mg	6 (- 12) Mo	sofern lokale Resistenzquote E. coli < 20%

3 Hautinfektionen / Chirurgische Infektionen

3.1 Oberflächliche Hautinfektionen (3.1.1 Impetigo contagiosa s. Langfassung)

3.1.2 Furunkel/Karbunkel

Ther.: Ruhigstellung, lokal Antiseptika; ggf. Aufbringen „feuchter Wärme“, Inzision größerer fluktuierender Herde, bei ausgedehntem Befund / Befall des Gesichtes Empfehlung von AB (vorzugsweise n. Abstrich / Antibiogramm):

Sulfamethoxazol/Trimethoprim (Cotrimoxazol)	2 x 960 mg	5 - (7) T	gegen Staphylokokken
Cefaclor[1]	3 x 500 mg	5 - (7) T	gegen Staphylo- u. Streptokokken
Clindamycin	3 x 600 mg	5 - (7) T	bei Penicillin-Allergie[2]

3.1.3 Paronychie/Panaritium

Ther.: Ruhigstellung, lokal Antiseptika, bei Progredienz: chirurg. Eröffnung; AB (wie unter 3.1.2) fast nie nötig

3.1.4 Erysipel

Penicillin V	3 x 1,5 Mega	5 (-7) T	gegen S. pyogenes (GAS), nicht zu d. Mahlz.
Clarithromycin	2 x 500 mg	5 (-7) T	bei Penicillin-Allergie[2]
Clindamycin	3 x 600 mg	5 (-7) T	bei Penicillin-Allergie[2]od. V.a. Staph. aureus

3.2 Tiefe Hautinfektionen

3.2.1 Hautabszess

Ther.: chirurg. Eröffnung, Spülung mit Antiseptika; bei Lokalisation Gesicht / Hand / genitoanal und Immunsuppression jeweils Empfehlung AB (vorzugsweise nach Abstrich/Antibiogramm, siehe 3.2.2):

3.2.2 Phlegmone

Ther.: leichte bis mittelschwere Fälle (begrenzte Ausdehnung)

Clindamycin	3 x 600 mg	14 T	
Cefaclor[1]	3 x 500 mg	14 T	
Amoxicillin/Clav[3]	2 x 875/125 mg (< 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	14 T	chron. Inf. / polymikrobiell

in schweren Fällen (Hand / Gesicht / urogenital): ÜW/EW Chirurgie, i.v.-AB

3.3 Tierbisse

Ther.: AB-Prophylaxe im Falle frischer tiefer Verletzung od. Verletzung von Gesicht, Hand, Fuß, gelenknah und b. Immundefizienz (vorher vorzugsweise Abstrich), Ther-dauer 3-5 T, Überprüfung Tetanusschutz (Tollwut?);

Amoxicillin/Clav[3]	2 x 875/125 (< 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	3-5 T	Anaerobierwirksamkeit
Ciprofloxacin plus Clindamycin (o. Metronidazol)	2 x 500 mg plus 3 x 600 mg (bzw. 3 x 500 mg)	3-5 T	bei Penicillin-Allergie[2]

Bei manifester Infektion: Chirurg. Versorgung, AB-Ther-dauer 7-10 T. Schwere Fälle: EW Chirurgie, i.v.-AB

4 Borreliose

4.1 Frühphase

Doxycyclin	2 x 100 mg	10-14 T	bei multiplen EM und Lymphozytom: 21 T
Amoxicillin	3 x 1000 mg	14 T	bei multiplen EM und Lymphozytom: 21 T

bei frühen ZNS-Symptomen: Doxycyclin 2 x 100 mg p.o. oder Ceftriaxon 2 g i.v. für 2-3 Wo.; **4.2 – Spätphase**: vgl. Langfassung

5 Magen-Darm-Infektionen

5.1 Helicobacter pylori (HP)

Erstlinien-Therapie: wenn möglich nach HP-Resistogramm via Kultur od. PCR; falls nicht verfügbar:

In Bielefeld/OWL kann gem. lokalem Resistenzmuster – mit rel. niedrigen Clarithromycin-Resistenzen* – **empirisch ein konventionelles Tripelschema** erwogen werden

Amoxicillin + Clarithromycin	1000 mg + 500 mg + PPI[5] (2 x tgl.)	10 - 14 T	„französisch“

[5] PPI jeweils in Standarddos. (Omeprazol 2 x 20 mg, Pantoprazol 2 x 40 mg, Esomeprazol 2 x 20 mg etc.)

* bei Vorbehandlung mit Clarithromycin: Bismuth-Quadrupel bevorzugen

Formal gem. DGVS-Leitlinie empirisches Bismuth-Quadrupel-Schema

Metronidazol + Tetracyclin + Bismuth (Pylera®) + PPI	125 mg + 125 mg + 140 mg (4 x tgl.) + Omeprazol 20 mg (2 x tgl.)	10 T	120 + 20 = 140 Tabl. insges. !

Zweitlinien-Therapie:

Bei Ther-versagen bzw. erneutem HP-Nachweis: **aus ABS-Sicht Endoskopie mit HP-Resistenztestung empfohlen !** Schema dann gem. Resistogramm (Anm.: die Leitlinie sagt hier lediglich, eine Resistenztestung „sollte erfolgen“)

5.2 Akute Divertikulitis

5.2.1 Typ 1 = Akute unkomplizierte Divertikulitis (= ohne oder mit phlegmonöser Umgebungsreaktion)

Ther.: Pat. ohne RF: engmaschige klin. Kontrolle; Pat. mit RF: AB (RF z.B. Art. Hypertonie, Chron. Nierenerkrankung, Immunsuppression etc.) Gabe kann p.o. erfolgen.

Amoxicillin/Clav[3]	2 x 875/125 (< 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	5 (-7) T	ggf. 10 - 14 Tage[6]
Ciprofloxacin + Metronidazol	2 x 500 mg + 3 x 400 mg	5 (-7) T	ggf. 10 - 14 Tage[6]

[6] längere Therapiedauer ggf. bei immunsupprimierten Pat.: Immunsuppressiva, Corticoide, Chemother., HIV

5.2.2 Typ 2 = Akute komplizierte Divertikulitis (= mit Abszess oder Perforation)

Ther.: Pat. sollen AB **i.v.** bekommen bzw. vorzugsweise stat. Behandlung

(5.3 – Clostridioides difficile-(Cd-)Infektionen: vgl. Langfassung**)**

Herausgeber: Initiative Bielefelder Hausärzte (IBH) und Ärztenetz Bielefeld e.V., in Kooperation mit
- den Kinder- und Jugendärzten Bielefeld (BVKJ)
- Fachärzten weiterer Fachgruppen aus dem ambulanten und stationären Bereich in Bielefeld
- der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI),
- der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Unter **http://www.antib.de** finden Sie: die AnTiB-HA-Langversion sowie weitere Fachgruppenempfehlungen und Infos

Kontakt: antib@posteo.de **Stand:** März 2026

Inhalte verfügbar unter der Lizenz CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.de)