

Ambulanter Antibiotikaleitfaden – Allgemeinmedizin

- Kurzversion -

Auflage 2 - 2025

Abkürzungen: **AB** = Antibiotika, **AEP** = Ambulant erworbene Pneumonie, **AS** = Augensalbe, **AT** = Augentropfen, **Cd** = *Clostridioides difficile*, **C** = Creme, **DD** = Differenzialdiagnose, **E** = Einheiten, **ED** = Einzeldosen, **EW** = Einweisung, **GAS** = Gruppe A-Streptokokken, **h** = Stunde(n), **HP** = *Helicobacter pylori*, **HWI** = Harnwegsinfektion, **Ind** = Indikation, **min** = Minute(n), **Mo** = Monat(e), **NS** = Nasenspray, **NSAR** = nichtsteroidale Antirheumatika, **NW** = Nebenwirkung, **OT** = Ohrentropfen, **PCR** = Polymerasekettenreaktion, **PPI** = Protonenpumpeninhibitor, **RF** = Risikofaktor, **T** = Tag(e), **Tbl** = Tablette(n), **tgl.** = täglich, **ÜW** = Überweisung, **V.a.** = Verdacht auf, **Wo** = Woche(n)

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			

Inhaltsverzeichnis

1. Atemwegsinfektionen	1
1.1 Tonsillopharyngitis	1
1.2 Akute Otitis media	1
1.3 Otitis externa diffusa	1
1.4 Rhinosinusitis	1
1.5 Laryngotracheitis	2
1.6 Akute Bronchitis	2
1.7 Akut Exazerbierte COPD (AECOPD)	2
1.8 Keuchhusten	3
1.9 Ambulant erworbene Pneumonie (AEP)	3
2. Harnwegsinfektionen	4
2.1 Akute unkomplizierte HWI (Zystitis)	4
2.2 Akute komplizierte HWI (Zystitis, Prostatitis, Pyelonephritis)	4
2.3 Rezidivierende HWI	4
2.4 Langzeitprävention bei rezidivierenden HWI	4
3. Hautinfektionen / Chirurgische Infektionen	5
3.1 Oberflächliche Hautinfektionen	5
3.2 Tiefe Hautinfektionen	5
3.3 Tierbisse	6
3.4 Ausgeprägte bakterielle Thrombophlebitis	6
4. Borreliose	6
4.1 Frühphase	6
4.2 Spätphase	6
5. Magen-Darm-Infektionen	6
5.1 <i>Helicobacter pylori</i> (HP)	6
5.2 Akute Divertikulitis	7
5.3 <i>Clostridioides difficile</i> -(Cd-)Infektionen	7
5.4 Bakterielle Enteritis	7
6. Endokarditisprophylaxe bei Risikopatienten	7
7. Quellen	8

1. Atemwegsinfektionen

1.1 Tonsillopharyngitis

1.1.1 Virale Tonsillopharyngitis

Vorkommen: bis 80% der Tonsillitiden sind viraler Genese

Ther.: NSAR od. Paracetamol über 3 Tage

1.1.2 Bakterielle Tonsillopharyngitis

Epid.: ca. 20%, dann meist GAS

Ther.: AB erwägen bei GAS-Tonsillopharyngitis und deutlichem Krankheitsgefühl

Penicillin V	3 x 1 Mio	5–7 T	nicht zu den Mahlzeiten
Clarithromycin	2 x 250 mg	5 T	1. Wahl bei Penicillinallergie ²
Cefaclor ¹	3 x (500 mg –) 1000 mg	5–7 T	2. Wahl bei Penicillinallergie ²

bei Rezidiv: Penicillin V über 10 T

bei RF wie Komorbidität, Immundefizienz ggf. breiteres Keimspektrum: Amoxicillin/Clavulansäure³ oder Clindamycin über 10 T

1.2 Akute Otitis media

Epid.: bei Erwachsenen selten

1.2.1 Bakterielle Otitis media

Erreger: häufig durch *S. pneum.*, *H. influenzae*, *Moraxella catarr.*, *S. pyogenes*, *S. aureus*

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

Amoxicillin	3 x 750 mg (≤ 70 kg) – 3 x 1000 mg (> 70 kg)	5–7 T	
Cefaclor	3 x 500 mg	5–7 T	
Amoxicillin/Clavulansäure ³	2 x 875/125 mg (≤ 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	5–7 T	bei Rezidiv / kompliz. Verlauf
Clindamycin	3 x 600 mg	5–7 T	bei Penicillinallergie ²

1.3 Otitis externa diffusa

1.3.1 Leichte Form

Ther.: säubern, topische AB (Ciprofloxacin OT für 7–10 Tage od. Mullstreifen-Einlage mit AB-Salbe)

1.3.2 Schwere Form

Ther.: 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

Erreger: meist viral

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

Amoxicillin/Clavulansäure ³	2 x 875/125 mg (≤ 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	5–7 T	
Clindamycin	3 x 600 mg	5–7 T	bei Penicillinallergie ² oder dentogener Ursache

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 ⁴	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 symptomatisch mit Inhalationen, Analgetika (NSAR, Paracetamol)

1.5.2 Akute Epiglottitis

Vork.: bei Erwachsenen sehr selten,

Ther.: sofort ÜW HNO, ggf. Krankenhaus-EW per Notarzt

1.6 Akute Bronchitis

1.6.1 Unkomplizierte Akute Bronchitis

Epid: Regelfall

Ther.: Symptomatisch, keine AB

1.6.2 Komplizierte Akute Bronchitis

Epid.: Ausnahme

Amoxicillin	3 x 750 mg (≤ 70 kg) – 3 x 1000 mg (> 70 kg)	5 (–7) T	
Doxycyclin ⁴	≤ 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	1. Wahl bei Penicillinallergie ²
Clarithromycin	2 x 500 mg (nach 3 T Reduktion auf 2 x 250 mg)	5 (–7) T	bei Verd. auf atyp. Erreger; 2. Wahl bei Penicillinallergie ²

1.7 Akut Exazerbierte COPD (AECOPD)

1.7.1 Leichte AECOPD Stockley-Typ 1

Sympt.: = Zunahme Dyspnoe u. ggf. Sputum

Ther.: GOLD I-II: keine AB-Ther., Therapieintensivierung mit Inhalativa, Cortison oral

1.7.2 Leichte AECOPD Stockley-Typ 2

Sympt: = Zunahme Dyspnoe plus eitriges Sputum

Ther.: GOLD I-II: wie oben, ggf. plus AB (s.u.), CRP > 10-fach Referenzwert spricht für AB

GOLD III-IV: In der Regel AB:

Amoxicillin/Clavulansäure ³	2 x 875/125 mg (≤ 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	5 T	
Clarithromycin	2 x 500 mg (n. 3 T Reduktion auf 2 x 250 mg)	5 T	bei Verd. auf atyp. Erreger; bei Penicillinallergie ²
Doxycyclin ⁴	≤ 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	bei Verd. auf atyp. Erreger; bei Penicillinallergie ²
Moxifloxacin oder Levofloxacin	1 x 400 mg 2 x 500 mg	5 T	bei Verd. auf atyp. Erreger; bei Penicillinallergie ²

Bei Therapieversagen, Rezidiv früher als 3 Mo, schlechtem AZ:

Amoxicillin/Clavulansäure 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	1. Wahl bei Pseudomonas-Risiko ⁵ ; 2. Wahl bei Penicillinallergie ²

CAVE: Beim Nachweis von Mykoplasmen oder Chlamydien längere Therapiedauer (mind. 10 T). Beim Nachw. von Legionellen längere Therapiedauer in Abhängigkeit des ABs (Levofloxacin 10 T, Clarithromycin 21 T).

1.7.3 Mittelschwere bis Schwere AECOPD

Ther.: Stationäre Therapie

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, auch als „Chemoprophylaxe“
----------------	------------	-----	--

Chemoprophylaxe: (2 x 500 mg für 7 T) bei ungeimpften und bei **geimpften** Kontaktpersonen mit engem Kontakt zu vulnerablen Personen (Kinder, schwer kardio-pulmonal Erkrankte, Schwangere 1. Trimenon)

1.9 Ambulant erworbene Pneumonie (AEP)

1.9.1 AEP ohne RF

Amoxicillin	3 x 1000 mg	5 T	
Doxycyclin ⁴	1 x 200 mg	5 T	1. Wahl bei dring. V. a. Mykoplasmen, bei Penicillinallergie ²
Clarithromycin	2 x 500 mg	5 T	2. Wahl bei dring. V. a. Mykoplasmen

1.9.2 AEP mit RF

inkl. geriatrisch-palliative / palliative Situation

Amoxicillin/Clavulansäure 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	
Moxifloxacin oder Levofloxacin	1 x 400 mg 2 x 500 mg	5 T	bei Pseudomonas-Risiko bei Penicillinallergie ² , cave: QT-Zeit!

Die kürzere Therapiedauer von 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

CAVE: Beim Nachweis von Mykoplasmen oder Chlamydien längere Therapiedauer (mind. 10 T). Beim Nachweis von Legionellen längere Therapiedauer in Abhängigkeit des Antibiotikums (Levofloxacin 10 T, Clarithromycin 21 T).

1.9.3 Aspirationspneumonie

Amoxicillin/Clavulansäure ³	3 x 875/125 mg	5 T	
Moxifloxacin	1 x 400 mg	5 T	bei Penicillinallergie ²

2. Harnwegsinfektionen

2.1 Akute unkomplizierte HWI (Zystitis)

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

Pivmecillinam ⁶	3 x 400 mg	3 T	1. Wahl bei Frauen und jungen Männern
Nitrofurantoin ret.	2–3 x 100 mg	5 T	eher bei mittelalten Frauen sowie jungen Männern ohne Prostatitis, Cave NW! Nicht bei Niereninsuff., Ind. bei Pat. > 60 Jahren kritisch prüfen.
Nitrofurantoin	4–6x 50 mg	7 T	nicht bei Niereninsuff., Ind. bei Pat > 60 Jahren kritisch prüfen. Eher im mittleren Alter.
Nitroxolin	3 x 250 mg	5 T	1. Wahl bei Frauen in der Prämenopause, aber wenig Erfahrungen, gute Verträglichkeit
Fosfomycin-Trometamol	3 g	Einmalgabe	Gute Wahl für junge Frauen (lokal) hohe Rezidivrate, in den ersten 2 T (wenig!) trinken, Gabe abends mind. 2h nach der letzten Mahlzeit und nach der letzten Miktion vor dem Schlafen

2.2 Akute komplizierte HWI (Zystitis, Prostatitis, Pyelonephritis)

Ciprofloxacin	Frauen 2 x 500 mg Männer 2 x 250–500mg**	Frauen 7–10 T Männer 5–10 T	1. Wahl (Cave: Tendinopathie als NW)
Levofloxacin	Frauen 1 x 500 mg Männer 1 x 250 - 500 mg**	7–10 T 5–10 T	1. Wahl (Cave: Tendinopathie als NW)
Cefpodoxim *	2 x 200 mg	Frauen 10 T Männer 5–10 T	orale Bioverfügbarkeit nur ca. 50%
Amoxicillin	3 x 1000 mg	5–10 T	bei Schwangeren u. Überweisung Gyn

Schwangere: ÜW Gynäkologie; ältere Männer: ÜW Urologie; schwerer Verlauf: stationäre Ther.; möglichst vorher Urinkultur

* Cefpodoxim: Cephalosporin der Gruppe 3 mit guter gramneg. Wirksamkeit

** Bei Beteiligung der Prostata, d.h. bei entsprechender Symptomatik, bei Fieber oder bei Hämaturie sollte die jeweils angegebene höhere Dos. sowie die längere Einnahmedauer gewählt werden.

2.3 Rezidivierende HWI

Ther.: Zunächst Urinkultur! Wechsel auf anderes AB (s.o.), Ther. mind. 10 T

2.4 Langzeitprävention bei rezidivierenden HWI

Nitrofurantoin	1 x 20–50 mg zur Nacht	2–6 Mo	nicht bei Niereninsuffizienz, Ind. bei Pat. >60 Jahre kritisch prüfen Cave Lungenfibrose
Trimethoprim	1 x 50–100 mg zur Nacht	2–6 Mo	erhöhte Resistenzraten bei der Akuttherapie rezidivierender Zystitiden
Nitroxolin	1 x 150 mg zur Nacht	2–6 Mo	
Fosfomycin-Trometamol	3 g	alle 10 T	Gabe abends mind. 2 h nach der letzten Mahlzeit und nach der letzten Miktion vor dem Schlafen
Cotrimoxazol	1x 240 mg zur Nacht 3x/Woche	2–6 Mo	erhöhte Resistenzraten bei der Akuttherapie rezidivierender Zystitiden

3. Hautinfektionen / Chirurgische Infektionen

Diagn.: Bei Infektionen der Haut großzügig Abstriche entnehmen, bevorzugt mit flüssigem Amies-Medium, da hier neben der bakteriellen Anzucht auch eine Virus- und PCR-Diagnostik möglich ist.

3.1 Oberflächliche Hautinfektionen

Ther.: lokal soweit möglich **antiseptische** (und ggf. **antiinflammatorische**) **Lokaltherapie**, z.B.: Octenidin 0,1%, Chlorhexidin-Glukonat-Creme 0,5%/1%, Polihexanid-Lösung /-Gel 0,04%, Clioquinol Creme, Rivanol (Ethacridinlactat) u.a.

3.1.1 Impetigo contagiosa

s. Langfassung

3.1.2 Furunkel/Karbunkel

Ther.: Ruhigstellung, lokale Antiseptika u.a., ggf. Aufbringen „feuchter Wärme“, Inzision größerer fluktuierender Herde, bei ausgedehntem Befund / Befall des Gesichtes Empfehlung von AB (vorzugsweise **nach Abstrich / Antibiotogramm**):

Cefaclor ¹	3 x 500 mg	5– 7 T	gegen Staphylokokken u. Streptokokken
Clindamycin	3 x 600 mg	5–7 T	bei Penicillinallergie ²
Sulfamethoxazol/Trimethoprim (Cotrimoxazol)	2 x 960 mg	5–7 T	gegen Staphylokokken (incl. einiger MRSA-Stämme), bei Penicillinallergie 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 Mio.	7–10 (–14) T	gegen <i>S. pyogenes</i> (GAS), nicht zu d. Mahlz.
Clindamycin	3 x 600 mg	7–10 (–14) T	1. Wahl bei Penicillinallergie ² od. V.a. <i>Staph. aureus</i> ⁷
Clarithromycin	2 x 500 mg	7–10 (–14) T	2. Wahl bei Penicillinallergie ²

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/Antibiotogramm, siehe 3.2.2):

3.2.2 Phlegmone

Ther.: leichte bis mittelschwere Fälle (begrenzte Ausdehnung)

Amoxicillin/Clavulansäure ³	2 x 875/125 mg (≤ 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	5–10 T	bei chron. Infektion u. V.a. polymikrobielle Genese
Cefadroxil	2 x 1000 mg	5–10 T	
Clindamycin	3 x 600 mg	5–10 T	bei Penicillinallergie ²

mittelschwere bis schwere Fälle (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), Therapiedauer 5-7 T, Überprüfung Tetanusschutz (Tollwut?)

Amoxicillin/Clavulansäure ³	2 x 875/125 (≤ 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	5–7 T	Anaerobierwirksamkeit
Ciprofloxacin plus Clindamycin (od. Metronidazol)	2 x 500 mg plus 3 x 600 mg (bzw. 3 x 500 mg)	5–7 T	bei Penicillinallergie ²
Moxifloxacin	1 x 400 mg	5–7 T	bei Penicillinallergie ²

manifeste Infektion: Chirurg. Versorgung, AB-Therapiedauer 7-10 T. Schwere Fälle: EW Chirurgie, i.v.-AB

3.4 Ausgeprägte bakterielle Thrombophlebitis

Amoxicillin/Clavulansäure ³	2 x 875/125 (≤ 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	5–10 T	
Doxycyclin ⁴	1 x 200 mg	5–10 T	bei Penicillinallergie ²
Moxifloxacin	1 x 400 mg	5–10 T	bei Penicillinallergie ²

4. Borreliose

4.1 Frühphase

Doxycyclin ⁴	2 x 100 mg o. 1x200mg	10–14 T	bei multiplen EM und Lymphozytom: 14–21 T
Amoxicillin	3 x 500–1000 mg	14 T	bei multiplen EM und Lymphozytom: 14–21 T
Azithromycin	2 x 250 mg	5–10 T	bei multiplem EM und Lymphozytom: 5–10 T

bei frühen ZNS-Symptomen: Doxycyclin 2 x 100 mg p.o. oder Ceftriaxon 1 x 2 g i.v. für 2–3 Wo;

4.2 Spätphase

vgl. Langfassung

5. Magen-Darm-Infektionen

5.1 *Helicobacter pylori* (HP)

Erstlinien-Therapie:

Bismuth + Tetracyclin + Metronidazol (Pylera)	140 mg + 125 mg + 125 mg (4 x tgl) + PPI	10 T	sog. „quadruple“ Ther.; bei 10 x 12 Tabl./T ggf. Complianceproblem
---	--	------	--

PPI jeweils in Standarddosierung (Omeprazol 2 x 20 mg, Pantoprazol 2 x 40 mg, Esomeprazol 2 x 20 mg etc.)

Therapiekontrolle: 6–8 Wo. nach Therapieende sollte eine Erfolgskontrolle mittels Stuhlantigentest oder C13/C14-Atemtest erfolgen. 2 Wo vorher PPI absetzen

Zweitlinien-Therapie:

Bei Therapieversagen (Test auf HP 6-8 Wo nach Eradikation bzw. frühestens nach 2 Wo PPI-Pause): Resistenzgerechte Therapie, vgl. Langfassung

5.2 Akute Divertikulitis

5.2.1 Typ 1 = Akute unkomplizierte Divertikulitis

Def.: = 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.) AB kann ambulant erfolgen.

Amoxicillin/Clavulansäure ³	2 x 875/125 (≤ 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	4–7 T	7–14 T
Ciprofloxacin + Metronidazol	2 x 500 mg + 3 x 400 mg	4–7 T	7–10 T

Ggf. längere Therapiedauer bei immunsupprimierten Pat.: Immunsuppressiva, Corticoide, Chemother., HIV

5.2.2 Typ 2 = Akute komplizierte Divertikulitis

Def.: = mit Abszess oder Perforation

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

5.3 Clostridioides difficile-(Cd-)Infektionen

vgl. Langfassung

5.4 Bakterielle Enteritis

vgl. Langfassung

6. Endokarditisprophylaxe bei Risikopatienten

Ausschließlich für Hochrisikopatienten bei Hochrisikoeingriffen!

Amoxicillin	1 x 2 g	einmalig	30–60 min vor dem Eingriff
Azithromycin	1 x 500 mg	einmalig	30–60 min vor dem Eingriff, bei Penicillin-Allergie ²
Doxycyclin	1 x 100 mg	einmalig	30–60 min vor dem Eingriff, bei Penicillin-Allergie ²

¹ Cefaclor: Cephalosporin der Gruppe 1 mit 90% Bioverfügbarkeit u. guter grampos. Wirkung (Ausnahme *H. Influenzae*), Pneumokokken werden als I – sensibel bei erhöhter Exposition eingestuft, daher Dosis 2 x 1000 mg

² Penicillinallergie: 5–10% der Patienten geben anamnestisch eine Penicillinallergie an; die Validität dieser Angaben ist jedoch oft unsicher und sollte hinterfragt werden: Wann trat welche Reaktion nach Gabe welches AB auf? Wie lange liegt das zurück? Auf diese Weise ist ggf. ein De-labeling möglich (s.u.).

PEN-FAST-Score

F: Liegt die allergische Reaktion auf Penicillin nicht länger als fünf Jahre her? (2 Punkte)

AS: Kam es zu Anaphylaxie oder Angioödem oder schwerer allergischer Hautreaktion wie einem Stevens-Johnson-Syndrom, einer toxischen epidermalen Nekrolyse oder Eosinophilie mit systemischen Symptomen? (2 Punkte)

T: War eine Therapie der allergischen Reaktion erforderlich? (1 Punkt)

Bei einer Punktzahl unter drei gilt eine Penicillinallergie als unwahrscheinlich. Beim nächsten stat. Aufenthalt ist ggf. nach Rücksprache eine orale Reexposition möglich (im Rahmen evtl. "De-labeling").

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

⁴ Doxycyclin CAVE: Photosensibilisierung. Pat. auf ausreichenden Sonnenschutz hinweisen!

⁵ *Pseudomonas*-Risiko erhöht bei: COPD GOLD IV, Bronchiektasen, Mukoviszidose, zurückliegender längerer Cortisonther. mit mind. 10 mg Prednisolon > 4 Wo; Aspiration, zurückliegendem stat. Aufenthalt im letzten Mo.

⁶ Pivmecillinam: nur gramnegatives Wirkspektrum, b-Lactam-Kreuzallergie möglich (cave: Penicillinallergie)

⁷ *Staph. aureus*: Voraussetzung Methicillin-sensibel

7. Quellen

1.1.-1.5. Obere Atemwegsinfekte:

DEGAM-LL Nr. 14: Halsschmerzen, Lang- und Kurzfassung, AWMF-Reg.-Nr. 053-010, Stand 10/2020
S2k-LL „Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln – Tonsillitis“, diverse Fachges., AWMF-Reg.-Nr. 017/024, Stand 08/2015
S2k-LL „Rhinosinusitis“ 017/049 (HNO) und 053-012 (DEGAM) von 4/2017
S2-LL „Antibiotikatherapie bei HNO-Infektionen“, Dt. Ges. für HNO-Heilkunde, Kopf- u. Hals-Chirurgie, AWMF-Reg.-Nr. 017/066, Stand 10/2019
Koch, T. et al. Penicillinallergie: Sicher und effektiv ausschließen. Dtschs Ärztebl 2023, 120 (18): A-822 / B-699
Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie 2024/25, Thomas Karow (ISBN 9 783982 122342), Kapitel 18.4.6, S. 1273
Antibiotika Fibel 2024/25, I. Kreft et al. (ISBN 978-3-95466-880-9), S. 9-15

1.6.-1.7. Akute Bronchitis, Akut Exazerbierte COPD:

DEGAM-LL Nr. 11: Akuter und Chronischer Husten, AWMF-Reg.-Nr. 053-013, Stand 1/2022
S2k-LL zur Diagnostik und Therapie v. Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD), AWMF-Register-Nr. 020/006 v. 24.01.2018
C. C. Butler et al.: C-reactive protein testing to guide antibiotic prescribing for COPD exacerbations; N Engl J Med 2019, 381:111-120
R.A. Lee et al.: Appropriate use of short-course antibiotics in common infections: Best practice advice from the American College of Physicians; Ann Intern Med. 2021, 174(6):822-27; Review
Antibiotika Fibel 2024/25, I. Kreft et al. (ISBN 978-3-95466-880-9), S. 9-15

1.8. Pertussis:

RKI-Ratgeber f. Ärzte: „Keuchhusten (Pertussis)“, Aktualisierte Fassung von 2.3.2022
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Pertussis.html (zur Chemoprophylaxe: Präventive Maßnahmen)

1.9. Ambulant Erworbene Pneumonie:

S3-LL Behandlung von erwachsenen Pat. mit ambulant erworbener Pneumonie und Prävention – Update 2021, AWMF-Register-Nr. 020-020 v. 30.04.2021
F. Leo et al.: Antibiotic Stewardship bei ambulant erworbener Pneumonie; Dtsch Med Wochenschr 2020, 145:383-92 A.
Dinh et al.: Discontinuing beta-lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards, Lancet 2021, 397(10280):1195-1203
R.A. Lee et al.: Appropriate use of short-course antibiotics in common infections: Best practice advice ... (Review); Ann Intern Med. 2021, 174(6):822-27
Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie 2024/25, Thomas Karow (ISBN 9 783982 122342), Kapitel 3.11.2, S. 365
Kreft; I. et al. Antibiotika Fibel 2024/25, (ISBN 978-3-95466-880-9), S. 9-15

2. Harnwegsinfektionen:

S3-LL Konsultationsfassung: Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei Erwachsenen, 2024, AWMF Reg.-Nr. 043-044
D.M. Drekonja et al.: Effect of 7 vs 14 days of antibiotic therapy on resolution of symptoms among afebrile men with urinary tract infection, A randomized clinical trial; JAMA 2021 Vol. 326 (4):324-31.
R.A. Lee et al.: Appropriate use of short-course antibiotics in common infections: Best practice advice from the American College of Physicians; Ann Intern Med. 2021, Vol. 174 (6):822-27; Review

3. Hautinfektionen, Tierbisse:

“Practice Guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections: 2014 update ...”, Clin Infect Dis 2014, 59(2):147-59
R.A. Lee et al.: Appropriate use of short-course antibiotics in common infections: Best practice advice from the American College of Physicians; Ann Intern Med. 2021, 174(6):822-27; Review
Tier- u. Menschenbissverletzungen; Dtsch Ärzteblatt Int 2015, 112:433-43

„Diagnostik und Therapie nach Hunde-, Katzen oder Menschenbissen: ...“, Swiss Med Forum 2015, 15(8):172-76
Georg Härter, Haut- und Weichteilinfektionen, Springer Medizin, DGIM Innere Medizi,
S2k-LL Kalkulierte parenterale Initialtherapie bakterieller Erkrankungen bei Erwachsenen – Update 2018

4. Borreliose:

S3-LL „Neuroborreliose“, AWMF-Reg.-Nr. 030/071, Stand 4/2018, inhaltliche Überprüfung 11/2020
S2k-LL „Kutane Lyme Borreliose“ der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, AWMF-Registriernummer 013-044,
Februar/2023

5. Magen-Darm-Infektionen:

C.E. Gaber et al: Comparative effectiveness and harms of antibiotics for outpatient diverticulitis - ...“ Ann Intern Med 2021,
174(6):737-46

Sk2-LL „Gastrointestinale Infektionen“ der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten, AMWF-Registriernummer 021-024, November 2023

S3-LL „Divertikelkrankheit/Divertikulitis“ der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, AMWF-Registrier-Nr. 021-
20, Oktober 2021

Sk2-LL „*Helicobacter pylori* und gastroduodenale Ulkuskrankheit“ der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie,
Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, AMWF-Registriernummer 021-011, Mai 2022

6. Endokarditisprophylaxe:

Delgado V et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J. 2023 Oct 14;44(39):3948-4042

Herausgeber: Antiinfektiva-Arbeitsgruppe des Vestnet e.V.

Antiinfektiva-Leitfäden

Die steigende Resistenzentwicklung gegen Antibiotika und die unsichere Verfügbarkeit wichtiger Medikamente machen es zunehmend erforderlich, effektive Strategien für die Diagnostik und Therapie von Infektionskrankheiten zu entwickeln.

Die Bedeutung der Resistenzproblematik gewinnt zunehmend an Wichtigkeit.

Eine Arbeitsgruppe aus niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten des Vestnet e.V. und stationär tätigen Fachärzten der Vestischen Kinderklinik Datteln haben in Zusammenarbeit mit Frau PD Dr. med. Anke Hildebrandt (Leitende Oberärztin – Infektiologie des St. Vincenz-Krankenhaus Datteln) nach Fachrichtungen gegliederte Antiinfektiva-Leitfäden erstellt.

Ambulant tätige Kolleginnen und Kollegen des Vestnet e.V.

Dr. Kirsten Bode (FÄin für Allgemeinmedizin)

Annika Ellerbrock (FÄin für Allgemeinmedizin)

Dr. Claudia Maier (FÄin für Innere Medizin)

Dr. Sabine Schulte-Althoff (FÄin für Kinder- und Jugendmedizin)

Dr. Gabriele Altenburger (FÄin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe)

Dr. Felix Gahlen (FA für HNO)

Dr. Andreas Weiland (FA für Urologie)

Dr. Jens Becker (FA für Chirurgie)

Stationär tätige Kolleginnen und Kollegen

Dr. Maximilian Mauritz (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, ABS-Team, Vestische Kinderklinik Datteln)

PD Dr. Anke Hildebrandt (Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Innere Medizin und Infektiologie, ABS-Team, St. Vincenz Krankenhaus Datteln)

Diese Empfehlungen wurden erarbeitet durch Kolleginnen und Kollegen der Antiinfektiva-AG des Vestnet e.V., auf der Basis entsprechender AnTiB-Empfehlungen (www.antib.de). Veränderungen wurden vorgenommen und beruhen auf lokalen Gegebenheiten in Datteln und Waltrop.

Inhalte verfügbar unter der Lizenz CC BY-NC-SA 4.0 DEED

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.de>

Alle ambulanten Antiinfektiva-Leitfäden finden sich unter <https://vestnet.org/antiinfektiva-leitfaeden>.

Stand September 2025