

Ambulanter Antibiotikaleitfaden – Pädiatrie

Auflage 2 - 2025

Inhalt dieser Empfehlungen ist die **kurzgefasste Standardbehandlung** häufiger Infektionskrankheiten im Bereich der **ambulanten Pädiatrie**. Die Empfehlungen basieren auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie auf Empfehlungen relevanter Fachgesellschaften und sind an die lokalen Resistenzen und Bedürfnisse angepasst. Sie dienen ausschließlich der Kommunikation in und zwischen den beteiligten Arztgruppen. Sie sollen als Orientierungshilfe für eine evidenzbasierte und verantwortungsvolle Praxis dienen, ersetzen jedoch nicht die individuelle Beurteilung und Entscheidungsfindung! Abweichungen von den Empfehlungen sind daher möglich, sollten aber begründbar sein. Häufige Abweichungen geben Anlass, die eigenen Therapiestrategien zu überdenken. Eingeschränkt anwendbar sind die Empfehlungen bei Vorliegen besonderer Ausgangsbedingungen wie Grunderkrankung, komplizierter Verlauf, junges Säuglingsalter, antibiotische Vorbehandlung, Auslandsaufenthalt usw. Trotz gewissenhafter Recherche können die Autoren keine Haftung für die Inhalte, insbesondere die Dosierungen übernehmen. Rückmeldungen und Anregungen an die Autoren sind ausdrücklich erwünscht: antiinfektiva@vestnet.org

Hauptziele

Reduktion von Antibiotika (AB)-Verordnungen:

- Unnötige AB-Therapie vermeiden bzw. sofort beenden
- AB-Therapie so kurz wie möglich und so schmal wie möglich
- AB-Therapie bei leichten selbstlimitierenden bakteriellen Erkrankungen bei Immunkompetenten vermeiden
- In unklaren Situationen ohne Risikokonstellation kurzfristige Kontrolle empfehlen: „watchful waiting“
- Ggf. „delayed prescription“ erwägen: z.B. bei akuter Otitis media
- Topische AB-Therapie z.B. bei Haut- und Augeninfektionen reduzieren

Verbesserung der Qualität der AB-Verordnungen:

- Dosis, Therapiedauer und Einnahmebedingungen (Bezug zu Mahlzeiten!) auf Verordnung angeben
- Kritische AB reduzieren und nur gezielt einsetzen:
 - Cephalosporine – insbes. Cefuroxim p.o. meiden wegen schlechter oraler Bioverfügbarkeit und MRGN-Entwicklung
 - Makrolide – insbesondere Azithromycin wegen langer Halbwertszeit und Resistenzentwicklung
- V. a. Antibiotika-Allergie konsequent abklären

Abkürzungen

AB = Antibiotika, AS = Augensalbe, ASL = Antistreptolysin-Titer, AT = Augentropfen, DD = Differenzialdiagnose, E = Einheiten, ED = Einzeldosis, EM = Erythema migrans, EW = Einweisung, GAS = Gruppe A-Streptokokken, GN = Glomerulonephritis, i.d.R. = in der Regel, Ind = Indikation, KOF = Körperoberfläche, kgKG = Kilogramm Körpergewicht, LWo = Lebenswoche(n), LMo = Lebensmonat(e), Mo = Monat(e), NS = Nasenspray, OT = Ohrentropfen, Sgl = Säugling(e), T = Tag(e), Tbl = Tablette(n), TS = Trockensaft, ÜW = Überweisung, V. a. = Verdacht auf, Wo = Woche(n)

Darstellung der AB-Therapie nach folgendem Schema (*ggf. bevorzugte Therapie auf hervorgehobenem Hintergrund*):

Antibiotikum X	Tagesdosis (max. Tagesdosis), Anzahl der Einzeldosen	Dauer	Bemerkungen
Antibiotikum Y			

Inhaltsverzeichnis

1. Atemwegsinfektion	1
1.1 Tonsillopharyngitis	1
1.2 Akute Otitis media (AOM)	1
1.3 Otitis externa	2
1.4 Akute Sinusitis	2
1.5 Akute bakterielle Lymphadenitis colli	2
1.6 Pseudokrupp, Laryngitis, akute (obstruktive) Bronchitis, RSV-Bronchiolitis, Influenza	2
1.7 Ambulant erworbene Pneumonie	2
1.8 Keuchhusten	2
2.1 Unkomplizierte Zystitis	3
2.2 Pyelonephritis	3
2.3 Harnwegsinfektions-Prophylaxe	3
3. Hautinfektionen	3
3.1 Superinfiziertes atopisches Ekzem	3
3.2 Impetigo contagiosa	3
3.3 "infizierte" Insektenstiche	4
3.4 Perianale GAS-Dermatitis	4
3.5 Borreliose	4
4. Augeninfektionen	4
4.1 Tränengangstenose	4
4.2 Eitrige Konjunktivitis	4
4.3 Hordeolum	5
5. Darminfektionen	5
5.1 (Hämorrhagische) Gastroenteritis	5
6. Chirurgische Infektionen	5
6.1 Panaritium, Abszess, oberflächliche Wunden, leichte Wundinfektionen, Balanitis	5
6.2 Tier- oder Menschenbissverletzungen	5
7. Quellen	5

1. Atemwegsinfektion

1.1 Tonsillopharyngitis

Diagn: kein Rachenabstrich bei: Alter unter (2-) 3 Jahre, geringes Krankheitsgefühl, Hinweise auf Virusinfektion (Husten, Schnupfen, Konjunktivitis, Heiserkeit, Stomatitis, Zeichen einer EBV-Infektion u.a.); ggf. Verlaufskontrolle

Ther.: generell keine AB-Ther., insbesondere keine Ther. zur Vermeidung eitriger bzw. immunologischer Folgeerkrankungen, Infektionen bei Kontaktpersonen, Nachweis *Haemophilus influenzae* oder *Staphylococcus aureus*, hoher ASL-Titer u.ä.

Diagn: (Strep-A-Schnelltest) und AB-Therapie erwägen bei: Alter ab (2-) 3 Jahre, starkes Krankheitsgefühl, Fieber, schmerzhaft zervikale Lymphknoten, kein Husten, keine Konjunktivitis (d.h. hohe Wahrscheinlichkeit auf GAS-Tonsillopharyngitis nach McIsaac-Score)

Penicillin V	(50.000) - 100.000 E/kg KG/T (max. 3 Mio. E) in 3 ED	(5-) 7 T	<u>nicht</u> zu den Mahlzeiten
Benzathin-Penicillin	50.000 E/kg KG/T (max. 1,5 Mio. E) in 2 ED	(5-) 7 T	
Clarithromycin	15 mg/kg KG/T (max. 1 g) in 2 ED	(5-) 7 T	bei Penicillinallergie ¹

Nach GAS-Infektion: Keine routinemäßige Kontrolle von EKG und Urinstatus

Bestimmung ASL-Titer nur bei V.a. immunologische Folgeerkrankungen wie z.B. Rheumatisches Fieber, Post-Streptokokken GN

1.1.1 Rekurrende GAS-Tonsillopharyngitis

Ther.: Strenge Indikationsstellung, DD erwägen: Virusinfekte, periodische Fiebersyndrome u.a.

Clindamycin	30 mg/kgKG/T (max. 1,8 g) in 3 ED	10 T	
-------------	-----------------------------------	------	--

1.2 Akute Otitis media (AOM)

Ther.: i.d.R. symptomatische Therapie mit Möglichkeit zur Verlaufskontrolle

AB-Therapie bei Säuglingen < 6 LMo, schwerer AOM, protrahierter AOM (> 48-72 Std. Dauer) und Grunderkrankung

Amoxicillin	50 mg/kgKG/T (max. 3 g) in 3 ED	7 T (< 2 Jahre) 5 T (ab 2 Jahre)	TS bevorzugen, dazu viel trinken
Amoxicillin + Clavulansäure	50+12,5 mg/kgKG/T (max. 3,75 g) in 3 ED	7 T (< 2 Jahre) 5 T (ab 2 Jahre)	Bei Vorbehandlung mit Amoxicillin in den letzten 30 T

Alternative bei nachgewiesener Penicillinallergie¹ Clarithromycin 15 mg/kgKG in 2 ED

1.2.1 Perforierte Otitis media

Ther.: **Bei gutem AZ: keine primäre AB-Therapie und Verlaufskontrolle nach 2-3 T**

AB bei Fieber, starker Otalgie, persistierender Otorrhoe:

Amoxicillin	50 mg/kgKG/T (max. 3 g) in 2-3 ED	7 T (< 2 Jahre) 5 T (über 2 Jahre)	TS bevorzugen, dazu viel trinken
-------------	-----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

Gehörgangabstrich bei Therapieversagen;

Alternative bei nachgewiesener Penicillinallergie¹ Clarithromycin 15 mg/kgKG in 2 ED

1.2.2 Otorrhoe bei liegendem Paukenröhrchen

Ther.: ÜW HNO erwägen, rein seromuköses Sekret, kein Foetor: ggf. Lokalth. mit **H₂O₂ 3%iger Lösung**

AB bei Persistenz, starkem Foetor:

Ciprofloxacin OT	2 x 4 Tr./T (3 mg/ml)	7(- 10) T	ggf. Komb. mit Kortikoid (z.B. Fluocinolon-Acetonid)
------------------	-----------------------	-----------	--

1.3 Otitis externa

Ther.: Ggf. Überweisung HNO: Salbenstreifen z.B. Betamethason/Gentamicin für 1-2 T, anschließend oder alternativ

Ciprofloxacin OT	2 x 4 Tr./T (3 mg/ml)	7 (-10) T	ggf. Komb. mit Kortikoid (z.B. Fluocinolon-Acetonid)
------------------	-----------------------	-----------	--

Bei *starker Schwellung periaurikulär* und Fieber (cave: Zeichen einer Otitis externa maligna): stationäre **EW**

1.4 Akute Sinusitis

Ther.: i.d.R. symptomatische Therapie: physikalisch, ggf. Mometason NS 2 x 2 Hub/Nasenloch 5–10 T

Keine AB-Therapie lediglich aufgrund von „eitrigem“ Sekret/Sputum

AB bei persistierender Erkrankung (>10 T), zweigipfligem Verlauf oder Fieber >39°C plus eitriger Rhinitis >3 T

Amoxicillin	50 mg/kgKG/T (max. 3 g) in 2–3 ED	(5–)10 T	TS bevorzugen, dazu viel trinken
-------------	-----------------------------------	----------	----------------------------------

Alternative bei nachgewiesener Penicillinallergie¹ Clarithromycin 15 mg/kgKG in 2 ED

1.5 Akute bakterielle Lymphadenitis colli

Sympt.: i.d.R. einseitig, druckdolent, gerötet und überwärmt

Diagn.: Ggf. Sonographie

Ther.: Einweisung zur i.v.-Therapie und/oder OP bei Therapieresistenz und/oder Abszedierung

Amoxicillin + Clavulansäure	50 + 12,5 mg/kgKG/T (max. 3,75 g) in 3 ED	7 (-10) T	je nach Befund und Verlauf, TS bevorzugen, dazu viel trinken
Cefadroxil	50 (-100) mg/kgKG/T (max. 4 g) in 2 ED	7 (-10) T	je nach Befund und Verlauf

1.6 Pseudokrapp, Laryngitis, akute (obstruktive) Bronchitis, RSV-Bronchiolitis, Influenza

Ther.: (i.d.R.) Keine AB

1.7 Ambulant erworbene Pneumonie

Diagn.: Bei unkompliziertem Verlauf keine Ind. für Röntgen

Ther.: bei V.a. virale Pneumonie (Vorschulalter, relativ guter AZ, bronchiale Obstruktion, ggf. Labor) keine AB-Therapie, jedoch engmaschige Verlaufskontrolle, ggf. antiobstruktive Therapie

AB bei V.a. **bakterielle Pneumonie** (*ab 6 LMO*; < 6 LMO stationäre parenterale Therapie empfohlen!)

Amoxicillin	50 mg/kgKG/T (max. 3 g) in 2–3 ED	5 T	TS bevorzugen, dazu viel trinken
-------------	-----------------------------------	-----	----------------------------------

Alternative bei nachgewiesener Penicillinallergie¹ Clarithromycin 15 mg/kgKG in 2 ED

Nur bei dringendem V.a. **Mykoplasmen-Pneumonie** und deutlichem Krankheitsgefühl (leichte Verläufe i.d.R. selbstlimitierend): Alter *über 5 J*, Epidemiologie (Inkubationszeit 1-3 Wo), trockener Reizhusten, Obstruktion, protrahierter Verlauf, ggf. PCR

Clarithromycin	15 mg/kgKG/T (max. 1 g) in 2 ED	5 (-7) T	≤ 7 Jahre
Doxycyclin	1. T: 4 mg/kgKG/T (max. 200 mg) ab 2. T: 2 mg/kgKG/T (max. 100 mg) in 1 ED	5 (-7) T	ab 8 Jahre, Einnahme <u>ohne</u> Milchprodukte, Lichtschutz

Bei Lieferengpass von Clarithromycin-Saft ggf. gemörserte Tabletten in Joghurt etc. oder Erythromycin-Saft. Azithromycin aufgrund der sehr langen subtherapeutischen Spiegel mit hohem Resistenzrisiko vermeiden!!

1.8 Keuchhusten

Ther.: AB beenden Ansteckungsfähigkeit innerhalb von 5 Tagen, verkürzen aber den Krankheitsverlauf nur bei Therapiebeginn bis zum frühen Stadium convulsivum.

AB-Indikation: innerhalb von 3 Wo nach Hustenbeginn bzw. bei positivem Erregernachweis (PCR).
Chemoprophylaxe besonders im Umfeld von und bei nicht vollständig geimpften Säuglingen bzw. Kindern mit kardialer oder pulmonaler Grunderkrankung

Clarithromycin	15 mg/kgKG/T (max. 1 g) in 2 ED	7 T	ab 2. LMo
----------------	---------------------------------	-----	-----------

Pertussis-Impfung (Tdap) in der Schwangerschaft (2.-3. Trimenon) und bei Erwachsenen (besonders Eltern und Großeltern)

2. Harnwegsinfektionen

2.1 Unkomplizierte Zystitis

Bei *unsicherer Diagn.* (z.B. DD Vulvitis), nur leichten Beschwerden ohne Fieber ggf. keine AB-Ther.; **hohe Trinkmenge** sowie kurzfristige **Kontrolle**; Urinkultur empfehlenswert

Trimethoprim	6 mg/kgKG/T (max. 400 mg) in 2 ED	3 T	lokale Resistenzlage beachten
Fosfomycin	1 x 3 g (abends 2h nach Mahlzeit, nach Blasenentleerung, Miktion verzögern, Trinkmenge begrenzen)	1 T	unkomplizierte Zystitis bei Mädchen <i>ab 12 Jahre</i> und <i>>50 kgKG</i>
Pivmecillinam	30 mg/kgKG/T in 3 ED (Tabl. à 200/400mg; max. ED: 400 mg)	3 T	<i>ab 6 Jahren</i> , <u>nicht</u> geeignet bei Pyelonephritis

2.2 Pyelonephritis

Diagn.: Unkomplizierte Pyelonephritis *ab 4-6 LMo*: Urinkultur!

Ther.: Ggf. Deeskalation nach Ergebnis der Urinkultur auf z.B. Trimethoprim, Amoxicillin oder Cefaclor

Cefpodoxim	10 mg/kgKG/T (max. 400 mg) in 2 ED	7 (- 10) T	
Cefixim	10 mg/kgKG/T (max. 400 mg) in 2 ED	7 (- 10) T	

Komplizierte Pyelonephritis (<4-6 LMo, pathologische Harnwege, reduzierter AZ u.a.): **stationäre Einweisung** zur **parenteralen Therapie**

2.3 Harnwegsinfektions-Prophylaxe

Strenge Indikationsstellung

Trimethoprim	2 mg/kgKG/T (max. 100 mg) in 1 ED	max. 6 Mo	> 6 LWo
Nitrofurantoin	1 mg/kgKG/T (max. 50 mg) in 1 ED	max. 6 Mo	> 3 LMo, zugelassen bei fehlender Alternative
Cefaclor	10 mg/kgKG/T (max. 0,5 g) in 1 ED		< 6 LWo

Cephalosporine wegen Resistenzentwicklung (z.B. ESBL-*E. coli*) nach Möglichkeit vermeiden!

3. Hautinfektionen

Soweit möglich antiseptische (und ggf. antiinflammatorische) Lokalthherapie: z.B. Dexpanthenol + Chlorhexidin, z.B. **Bepanthen® Antiseptische Wundcreme** (verordnungsfähig¹ für Wunden, bis 12. J), PVP-Iod, z.B. **Polysept® Salbe** (>1 Jahr, ordnungsfähig¹ für Wunden und super-/infizierte Hauterkrankungen bis 12. J), Clioquinol, z.B. **Linola® sept Antiseptische Hautcreme** (verordnungsfähig¹ für infizierte Hauterkrankungen bis 12. J), Octenidin 0,1%, Chlorhexidin-Glukonat-Creme 0,5%/1%, Polihexanid-Lösung /-Gel 0,04% u.a.

3.1 Superinfiziertes atopisches Ekzem

Ther.: **Antiseptische** (s.o.) und **antiinflammatorische** Ther.: z.B. **Prednicarbat-Creme** mit **Octenidin 0,1%** Zusatz NRF 11.145 (*bis 6 LMo* und *Gesicht 0,08%*, *bis 12 LMo 0,15%*, *ab 12 LMo 0,25%*)

AB-Ther. erwägen bei >10% der KOF, Fieber, reduzierter AZ, Therapieresistenz u.a.: vgl. Impetigo contagiosa

3.2 Impetigo contagiosa

Antiseptika (s.o.)	+ konsequente Hygiene	nach Verlauf	bei begrenztem Bef. ausreichend
Cefadroxil	50 mg/kgKG/T (max. 2 g) in 2 ED	5 (- 7) T	bei ausgedehntem Bef.; alternativ Cefaclor
Cotrimoxazol	30 mg/kgKG/T (max. 1,92 g) in 2 ED	5 (- 7) T	bei ausgedehntem Bef.

3.3 "infizierte" Insektenstiche

Ther.: Bei *ausgeprägter Reaktion* und „beginnender“ Lymphangitis: Umschläge mit Antiseptika (siehe oben), Ruhigstellung, Verlaufskontrolle

Bei *sicherer Lymphangitis*: systemische AB-Ther. für 3 – 5 T (vgl. Impetigo contagiosa)

3.4 Perianale GAS-Dermatitis

Diagn.: Ggf. Strep-A-Schnelltest oder -kultur: mäßige Sensitivität, hohe Spezifität

Ther.:

Penicillin V	100.000 E/kgKG/T (max. 3 Mio. E) in 2-3 ED	10 T	<u>nicht</u> zu den Mahlzeiten
Cefadroxil	50 mg/kgKG/T (max. 2 g) in 2 ED	7 T	alternativ Cefaclor

3.5 Borreliose

Sympt.: **Erythema migrans (EM):** klinisch variabel, typisch: randbetontes, sich zentrifugal ausbreitendes Erythem (mind. 5 cm), nicht erhaben, nicht überwärmt (3)-7-14-(30) T nach Zeckenstich

Diagn.: Serologie nur bei multiplem EM ggf. sinnvoll, nicht zur Therapiekontrolle geeignet, Serologie beim **Lymphozytom** empfohlen/notwendig

Ther.: Dauer: einfaches EM 10 (-14) T, multiples EM, Lymphozytom oder Allgemeinsymptome 14–21 T (je nach Dauer und Schwere)

Amoxicillin	50 mg/kgKG/T (max. 3 g) in 3 ED	s.o.	TS, viel trinken
Doxycyclin	4 mg/kgKG/T (max. 200 mg) in 1 ED	s.o.	<i>ab 8 Jahre</i> , Einnahme <u>ohne</u> Milchprodukte, Lichtschutz

Ein Zeckenrest („Kopf“) ist nicht infektiös und muss nicht entfernt werden, Wunde desinfizieren. Keine Ind. für die Untersuchung einer entfernten Zecke auf Erreger. Bei einem Kind mit „echter“ Penicillinallergie¹ <8 Jahre ist Clarithromycin (15 mg/kgKG in 2 ED) eine alternative Therapie-Option.

¹ Grundsätzlich ordnungsfähig für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen. Info über Verordnungsfähigkeit von KVWL 07/2025

4. Augeninfektionen

Ther.: Strenge Indikationsstellung auch für antibiotische AT, u.a. wegen indirekter Wirkung auf nasopharyngeale Flora

4.1 Tränenangstenose

Ther.: Keine AB

4.2 Eitrige Konjunktivitis

Ther.: Selbstlimitierende Erkrankung, i.d.R. symptomatische Therapie ausreichend, KiTa-Besuch möglich; nur bei Versagen der symptomatischen Therapie AB-Therapie indiziert

Symptomat. Ther.: Augen regelmäßig mit Wasser reinigen			
Gentamicin AT	1 Tropfen je Auge 4 x /T	bis zur Befundbesserung (max. 4 – 5 T)	ab 2 LMo

Bei deutlicher Konjunktivitis im 1. LMo an Chlamydien und Gonokokken denken

4.3 Hordeolum

Ther.: ggf. feuchte Wärme, ggf. Bibrocathol 2% AS 3-5 x tgl., keine AB-Therapie

5. Darminfektionen

5.1 (Hämorrhagische) Gastroenteritis

Ther.: i.d.R. keine AB-Therapie bzw. nur indiziert bei Nachweis von **Shigellen**, **Salmonella typhi/paratyphi**, **V. cholerae** und **Lamblien**, sowie bei **septischen Verläufen**, **Grunderkrankungen** od. **Immunsuppression**

6. Chirurgische Infektionen

6.1 Panaritium, Abszess, oberflächliche Wunden, leichte Wundinfektionen, Balanitis

Ther.: Chirurgische und antiseptische Therapie, in der Regel keine lokale oder systemische AB-Therapie

6.2 Tier- oder Menschenbissverletzungen

Ther.: Chirurgische und antiseptische Ther., oberflächliche Bissverletzungen: keine AB-Ther. und beobachten, ansonsten

Amoxicillin + Clavulansäure	50+12,5 mg/kgKG/T (max. 3,75 g) in 3 ED	5 – 10 T	Tetanus-Prophylaxe überprüfen ! TS bevorzugen, viel trinken
-----------------------------	---	----------	---

Tollwutimpfung: Deutschland z.Zt. terrestrisch tollwutfrei; strenge Indikationsstellung: z.B. Fledermausbiss, V.a. importiertes Tier, Biss in tollwutbelastetem Ausland

¹ Penicillinallergie: echte Penicillinallergien bei Kindern sind selten und häufig parainfektios (z.B. bei EBV). Die Penicillinallergie sollte immer hinterfragt werden: Wann trat welche Reaktion nach Gabe welches AB auf? Wie lange liegt das zurück? Bei Lieferengpass von Clarithromycin-Soft ggf. gemörserte Tabletten in Joghurt etc. oder Erythromycin Soft. Azithromycin aufgrund der sehr langen subtherapeutischen Spiegel mit hohem Resistenzrisiko vermeiden!!

7. Quellen

Adaptiert von: AG „Antibiotic Stewardship (ABS) ambulante Pädiatrie“ (ABSaP):

- Antibiotische Therapie in Bielefeld (AnTiB, Ärztenetz Bielefeld)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI)

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 David 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