

Neues zu

AnLiB

Antibiotische Therapie in Bielefeld

AnLiB

Aktivitäten im letzten Jahr:

- Präsentation/Diskussion in lokalen und regionalen Qualitätszirkeln u. Netzen
- Präsentation überregional: Nationales ABS-Treffen Freiburg, RKI Berlin etc.
- 1. Antibiotikareport auf Basis der VO-Daten der KVWL (andere KV'en folgen?)
- Kontaktaufnahme AntiB Hausarzt zu DEGAM
- Gewinnung weiterer Fachgruppen: Urologen, HNO
- Vernetzung mit lokalen Krankenhäusern/Krankenhausambulanzen
- Gründung lokales-regionales ABS-Netzwerk Bielefeld-OWL, Auftaktsymposium 2/19 (Thema: ABS an der Schnittstelle stationär-ambulant, s. Bericht Westf. ÄB 3/19)

Stand 3/2019:

- Offizielles Modul des Ärztenetzes Bielefeld e.V.
- Mitglied im neu gegründeten ABS-Netzwerk Bielefeld – OWL*
- Pädiater- und Gynäkologen-Version in revidierter Fassung aktuell konsentiert
- Diskussion zu Thema HWI zw. Hausarzt-/Uro-/Gyn-Vertreter/-in erfolgt
- Hausarzt-Fassung erstmals revidiert: **Heute offizielle Konsentierung**
- Urologen-Fassung kurz vor der Fertigstellung
- HNO-Fassung in Erarbeitung

***ABS-Netzwerk:** AnTiB (Pädiater, Hausärzte, Gynäkologen, Urologen, perspektivisch HNO-Ärzte) repräsentiert dort den Bereich der Niedergelassenen; weitere Mitglieder: EvKB, Städt. Klinik Bi., Franziskushospital, Fakultät f. Gesundheitswissenschaften Uni Bielefeld, Labore Krone und Diamedis

Ausblick 2019:

- Wissenschaftliche Auswertung der Daten der VO durch Hausärzte
- Präsentation/Kooperation von AnTiB bundesweit in einzelnen Regionen
- Kooperation mit ÄKWL (ABS-Thema: ggf. Integration in Fortbildungsangebot?)
- 2. Symposium ABS-Netzwerk Bielefeld-OWL 25.9.2019
- Projekt ABS in Pflegeheimen im Herbst/Winter 2019 (in Planung)
- 2. Antibiotika-Report der KVWL
- Erneute Revision der Fachgruppen-Fassungen bis Anfang 2020

Abkürzungen: AB=Antibiotika, AS=Augensalbe, AT=Augentropfen, bakt=bakteriell, C=Creme, DD=Differenzialdiagnose, E=Einheiten, ED=Einzelgaben/Tag, EM=Erythema migrans, Empf=Empfehlung, Evid=Evidenz, 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 (ggf. bevorzugte Therapie auf hervorgehobenem Hintergrund):

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

1 Atemwegsinfektionen

1.1 Tonsillopharyngitis

1.1.1 Virale Tonsillopharyngitis (ca. 70%): NSAR, Paracetamol über 3 Tage

1.1.2 Bakterielle Tonsillopharyngitis (ca. 30%, dann meist GAS)

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

Penicillin V	3 x 1 Mega	7 T	nicht zu den Mahlzeiten
Clarithromycin	2 x 250 mg	7 T	1. Wahl bei Penicillin-Allergie
Cefadroxil	2 x 1000 mg	7 T	2. Wahl bei Penicillin-Allergie

bei Rezidiv: Penicillin V über 10 T

bei Immundefizienz/Komorbidity ggf. breiteres Keimspektrum: Amoxicillin/Clavulans. oder Clindamycin über 10 T

1.2 Akute Otitis media (bei Erwachsenen selten)

Ther.: in der Regel symptomatisch; 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.	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

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)

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	2. Wahl

1.4.2 Chronische Rhinosinusitis (CRS):

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	Reduktion Biofilm auf Schleimhaut
Doxycyclin	1 x 100 mg	3 Wo	v.a. bei Polypen (Größenreduktion)

1.5 Akute Laryngitis/Laryngotracheitis

Ther.: Grundsätzlich keine AB, sondern symptomatische Therapie

1.6 Akute Bronchitis

1.6.1 Unkomplizierte Akute Bronchitis (Regelfall)

Keine AB. Symptomatische Ther.

1.6.2 Komplizierte Akute Bronchitis (Ausnahme)

Amoxicillin	3 x 750 mg (< 70 kg) – 3 x 1000 mg (> 70 kg)	5-7 T	1. Wahl
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	V.a. atyp. Erreger; 2. Wahl bei Penicillin-Allergie

1.7 Akut Exazerbierte COPD (AECOPD)

1.7.1 Leichte AECOPD Stockley-Typ 1 (= Zunahme Dyspnoe u. ggf. Sputum)

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

1.7.2 Leichte AECOPD Stockley-Typ 2 (= Zunahme Dyspnoe plus eitriges Sputum)

GOLD I-II: Maßnahmen wie oben, ggf. plus AB-Therapie (s.u.)

GOLD III-IV: In der Regel AB:

Amoxicillin	3 x 750 mg (< 70 kg) – 3 x 1000 mg (> 70 kg)	5 T	1. Wahl
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	in leichten Fällen; alternativ od. bei Penicillin-Allergie
Clarithromycin	2 x 500 mg (n. 3 T Reduktion auf 2 x 250 mg)	5 T	V.a. atyp. Erreger; 2. Wahl bei Penicillin-Allergie

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

Amoxicillin/Clav	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	1. Wahl
Levofloxacin	1 x 500-750mg	5-7 T	1. Wahl bei Pseudomonas-Risiko; 2. Wahl bei Penicillin-Allergie

Mittelschwere bis Schwere AECOPD: stationäre Ther.

1.8 Keuchhusten

Diagnose: PCR aus tiefem Rachenabstrich (Frühphasen); ggf. Serologie (Spätphase, schwierige Beurteilbarkeit)

Therapie: 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)	5-7 T	1. Wahl
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)	5-7 T	in leichten Fällen, ggf. bei Penicillin-Allergie
Levofloxacin	1 x 500-750 mg	5-7 T	2. Wahl bei Penicillin-Allergie, 1. W bei dring. V.a. Legionellen
Clarithromycin	2 x 500 mg (n. 3 T ggf Reduktion auf 2 x 250)	3-7 T	1. W bei dring. V.a. Mykoplasmen

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

Amoxicillin/Clav	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	1. Wahl
Levofloxacin	1 x 500-750 mg	5-7 T	bei zusätzl. Pseudomonas-Risiko; 2. Wahl bei Penicillin-Allergie
Amoxicillin + Gyrasehemmer	3 x 1000 mg + 3 x 500 mg Ciprofloxacin (alternativ Amoxicillin 3 x 1000 mg + 1 x 500-750 mg Levofloxacin)	5-7 T	bei Breitspektrum-Keimrisiko plus Pseudomonas- u. Legionellen-Risiko

2 Harnwegsinfektionen

2.1 Akuter unkomplizierter HWI (Zystitis)

Ther.: Versuch sympt. Ther. 3 Tage mit NSAR; wenn erfolglos AB (ggf. nach Urinkultur):

Fosfomycin	3 g einmalig abends	1 T	nur bei Frauen! falls nicht hämorrhagisch; parallel 2 T Trinkmengenbegrenzung
Nitrofurantoin ret.	2 x 100 mg	5 T	1. Wahl bei Frauen u. bei jungen Männern ohne Prostatabeteiligung . Cave NW!
Pivmecillinam	3 x 400 mg	3 T	1. Wahl bei Frauen u. bei jungen Männern
Nitroxolin	3 x 250 mg	5 T	1. Wahl bei Frauen, aber wenig Erfahrungen
Trimethoprim	2 x 200 mg	5 T	falls lokale Resistenzen für E. coli < 20%
Norfloxacin	2 x 400 mg	3 T	Frauen: 2. Wahl; junge Männer
Sulfamethoxazol/Trimethoprim (Cotrimoxazol)	2 x 960 mg	3 (-5) T	Frauen: 2. Wahl; junge Männer falls lokale Resistenzen für E.coli < 20%

2.2 Akuter komplizierter HWI (Zystitis, Prostatitis, Pyelonephritis), leichter Verlauf

Ciprofloxacin	2 x 500 mg (- 750 mg)	7-10 T	1. Wahl
Levofloxacin	1 x 750 mg	5 T	1. Wahl
Cefpodoxim	2 x 200 mg	10 T	lokale Bioverfügbarkeit nur ca. 50%

(schwängere Frauen: ÜW Gynäkologie; ältere Männer: ÜW Urologie; schwerer Verlauf: stationäre Therapie)

2.3 Rezidivierender HWI

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

2.4 Langzeitprävention bei rezidivierenden HWI

Nitrofurantoin	1 x 50-100 mg	3-6 Mo	Cave: NW Lungenfibrose (selten)
Trimethoprim	1 x 100 mg	3-6 Mo	

3 Hautinfektionen / Chirurgische Infektionen

3.1.1 Furunkel/Karbunkel

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

Flucloxacillin	3-4 x 1000 mg	7-10 T	gegen Staphylokokken
Cefalexin	3 x 1000 mg	7-10 T	gegen Staphylokokken u. Streptokokken
Clindamycin	3 x 600 mg	7-10 T	bei Penicillin-Allergie

3.1.2 Paronychie/Panaritium

Ther.: Ruhigstellung, lokal Antiseptika, bei Progredienz: chir. Eröffnung; AB (siehe 3.1.1) fast nie nötig

3.1.3 Erysipel

Penicillin V	3 x 1,5 Mega	14 T	gegen S. pyogenes (GAS)
Clarithromycin	2 x 500 mg	14 T	bei Penicillin-Allergie
Clindamycin	3 x 600 mg	14 T	bei Penicillin-Allergie od. V.a. Staph. aureus

3.2.1 Hautabszess

Ther.: chir. Eröffnung, Spülung mit Antiseptika; bei Lokalisation Gesicht / Hand / genitoanal u. Immundefizienz Empfehlung AB (am besten nach Abstrich/Antibiogramm):

3.2.2 Phlegmone

Ther.: leichte bis mittelschwere Fälle (begrenzte Ausdehnung)

Clindamycin	3 x 600 mg	14 T	
Cefalexin	3 x 1000 mg	14 T	
Amoxicillin/Clav	2 x 875/125 mg (< 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	14 T	bei chron. Infektion u. V.a. polymikrobielle Genese

(Mittelschwere bis) Schwere Fälle (Hand / Gesicht / urogenital): ÜW/EW Chirurgie, i.v.-Antibiose

3.3 Tierbisse

Ther.: übliche chir. Ther.; AB-Prophylaxe im Falle frischer tiefer Verletzung u. von Gesicht, Hand, Fuß, Gelenknah u. bei Immundefizienz (vorher am besten Abstrich)

Amoxicillin/Clav	2 x 875/125 (< 70 kg)– 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	3-5 T	Anaerobierwirksamkeit
Moxifloxacin	1 x 400 mg	3-5 T	Anaerobierwirksamkeit; Bei Penicillin-Allergie; s.o

Bei manifester Infektion: Therapiedauer 7-10 T; schwere Fälle: EW Chirurgie, i.v.-Antibiose

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 ZNS-Symptomen u. Lyme-Karditis: i.v.-Therapie mit Ceftriaxon

5 Magen-Darm-Infektionen

5.1 Helicobacter pylori

Erstlinien-Therapie:

Bei niedriger Wahrscheinlichkeit für Clarithromycin-Resistenz:

Amoxicillin + Clarithromycin	1000 mg + 500 mg + PPI* (2 x tgl.)	10 T	„french-triple“
------------------------------	------------------------------------	------	-----------------

Bei hoher Wahrscheinlichkeit für Clarithromycin-Resistenz:

Amoxicillin + Clarithromycin + Metronidazol	1000 mg + 500 mg + 400 mg + PPI* (2 x tgl.)	7 T	„Vierfachtherapie“
Bismuth + Tetracyclin + Metronidazol (Pylera®)	140 mg + 125 mg + 125 mg (4 x tgl.) + Omeprazol 20 mg (2 x tgl.)	10 T	„quadruple“

Zweitlinien-Therapie

Bei Therapieversagen (Test auf HP frühestens 4 Wo. nach Eradikation und nach 2 Wo. Pause PPI):

Bismuth + Tetracyclin + Metronidazol (Pylera®)	140 mg + 125 mg + 125 mg (4 x tgl.) + Omeprazol 20 mg (2 x tgl.)	10 T	„quadruple“
Amoxicillin + Levofloxacin	1000 mg + 500 mg + PPI* (2 x tgl.)	10 T	

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

** bei Herkunft Südeuropa, Osteuropa, Makrolidvorbehandlung, weibl. Geschlecht

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 (Art. Hypertonie, Chron. Nierenerkrankung, Immunsuppression etc.) AB. p.o. kann erfolgen.

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

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

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

Weitere Informationen und Anlagen finden sich auf <http://www.antib.de>

Herausgeber:

Initiative Bielefelder Hausärzte (IBH) in Kooperation mit

- Kinder- und Jugendärzte Bielefeld (BVKJ)
- Bielefelder Fachärzten verschiedener Fachgruppen aus dem ambulanten und stationären Bereich
- der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI),
- der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Kontakt: antib@posteo.de

Stand: Januar 2019

Inhalte verfügbar unter der Lizenz CC BY-NC-SA 3.0 DE (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/de/>).

Änderungshistorie AnTiB- Hausarztversorgung – Langversion 1. Revision 2019

Zu Präambel:

Der missverständliche Begriff „Standardbehandlung“ wurde entfernt, da es sich ja um Empfehlungen handelt, von denen im begründeten Fall abgewichen werden kann. Zudem wird ja die individuelle ärztliche Therapiefreiheit nicht berührt.

Alt:

Inhalt dieser Empfehlungen ist die kurzgefasste Standardbehandlung häufiger Infektionskrankheiten
...

Neu:

Diese Aufstellung liefert kurzgefasste Empfehlungen für die Behandlung häufiger Infektionskrankheiten ...

Änderungshistorie AnTiB- Hausarztversorgung – Langversion 1. Revision 2019

.
. .

Zu 1.1.1 und 1.1.2:

Die prozentualen Anteile von Viraler und Bakterieller Genese der Tonsillopharyngitis wurden korrigiert:

Alt:

1. **1.1.1 Virale Tonsillopharyngitis (ca. 85%):** NSAR, Paracetamol über 3 Tage
2. **1.1.2 Bakterielle Tonsillopharyngitis (ca. 15%,** dann meist GAS)

Neu

1. **1.1.1 Virale Tonsillopharyngitis (ca. 70%):** NSAR, Paracetamol über 3 Tage
2. **1.1.2 Bakterielle Tonsillopharyngitis (ca. 30%,** dann meist GAS)

Zu 1.1.2

Die Nomenklatur der Cephalosporine wurde korrigiert. Korrekterweise wird nach Gruppen unterschieden. Die Substanzklasse hat die Schreibweise mit „ph“, die einzelnen Wirkstoffe werden nach WHO-Vorgabe mit „f“ geschrieben.

Alt:

*Cefadroxil: Cephalosporin der 1. Generation mit sehr guter Bioverfügbarkeit (90%) u. guter grampos. Wirkung

Neu:

*Cefadroxil: Cephalosporin der Gruppe 1 mit sehr guter Bioverfügbarkeit (90%) u. guter grampos. Wirkung

- .
- .
- .

Zu 1.6.2 Komplizierte Akute Bronchitis

Der Hinweis auf mögliche Hustendauer von 14 T. zur Abgrenzung wurde entfernt, da die Hustendauer der Akuten Unkomplizierten Bronchitis bis zu 6 Wo. betragen kann.

Neu aufgenommen als mögliches diagnostisches Instrument zur Abgrenzung eines Übergangs zur Pneumonie wurde das Procalcitonin aufgenommen, da es positive Studienergebnisse gibt.

Alt:

1.6.2 Komplizierte Akute Bronchitis (Ausnahme)

Ther.: AB-Ther. zu erwägen bei protrahiertem Verlauf > 7-10 Tage, sekundärer Verschlechterung mit Fieber od. Risikokonstellation (schwere kardiale od. pulmonale Komorbidität, angeborener od. erworbener Immundefekt)

Neu:

1.6.2 Komplizierte Akute Bronchitis (Ausnahme)

Ther.: AB-Ther. zu erwägen bei sekundärer Verschlechterung mit Fieber od. Risikokonstellation (schwere kardiale od. pulmonale Komorbidität, angeborener od. erworbener Immundefekt) bzw. erschwerte Abgrenzung zu Pneumonie (zur Differenzierung Procalcitonin > 0,25 ng/ml hilfreich).

Entsprechend wurde in der Quellenangabe hinzugefügt:

Quellen:

...

Procalcitonin guidance and reduction of antibiotic use in acute respiratory tract infection, O. Burkhardt et. al., Eur Respir J 2010; 36: 601-607

...

...

Änderungshistorie AnTiB- Hausarztversorgung – Langversion 1. Revision 2019

-
-

Zu 2.1 Akute Unkomplizierte HWI (Zystitis)

Die Definition für akuten unkomplizierten HWI kann nach der aktuellen AWMF-S3-Leitlinie (Reg.Nr. 043/044) von 4/2017 weiter gefasst werden und schließt auch gesunde ältere Frauen sowie gesunde junge Männer (bei Ausschluss Prostatitis etc.) ein. Dadurch ist auch für diese Gruppen Nitrofurantoin u. Pivmecillinam eine Therapieoption der 1. Wahl.

Alt:

2.1. Akute unkomplizierte HWI (Zystitis)

Def: Zystitis bei nicht-schwangeren **Frauen** ohne RF* u. ggf. bei gesunden Männern; ...

Neu:

2.1.Akute unkomplizierte HWI (Zystitis)

Def: Zystitis bei nicht-schwangeren Frauen in Prämenopause, gesunden postmenopausalen Frauen, jungen gesunden Männern jeweils ohne RF* und gut eingestellten Diabetikern; ...

Der Handelsname für Pivmecillinam wurde entfernt. Es ist auch als Generikum erhältlich.

Fachgruppendifferenz beim Thema **Fosfomycin** bei Unkompliziertem HWI:

Hausarzt-Fassung 1. Revisionsentwurf:

Belassen wurde als 1. Wahl für nichtschwangere, sonst gesunde junge Frauen: Fosfomycin 1 x , soweit Trinkmengenbeschränkung von 1, besser 2 Tagen realistisch und die Infektion nicht hämorrhagisch ist.

Urologen:

Nicht 1. Wahl, da häufige Rezidive.

Gynäkologen:

1. Wahl, da gute Erfahrungen

Fachgruppendifferenz beim Thema **Cotrimoxazol** bei Unkompliziertem HWI:

Hausarzt-Fassung 1. Revisionsentwurf:

Belassen wurde als 2. Wahl für Unkomplizierte HWI bei Frauen u. sonst gesunden jungen Männer der Bestandteil Trimethoprim (da schmaleres Wirkspektrum, gezielt E.coli, bakteriostatisch), sofern lokale Resistenz < 20%
Belassen wurde als 2. Wahl für Frauen u. sonst gesunde junge Männer Cotrimoxazol (in Kombination bakterizid), sofern lokale Resistenz <20%

Urologen:

Cotrimoxazol 1. Wahl, da in eigenen Resistenztestungen sehr gute Sensibilität von E. coli

Gynäkologen:

2. Wahl

Resistenz E. coli auf Cotrimoxazol Zeitraum 2018 17% bei Labor Krone, 22% bei Amedes

Änderungshistorie AnTiB- Hausarztversorgung – Langversion 1. Revision 2019

-

-

-

Zu 2.2 Akute Komplizierte HWI

Alt:

**Cefpodoxim: Ceehalosporin der 3. Generation mit breiter grampositiver u. gramnegativer Wirksamkeit

Neu:

**Cefpodoxim: Cephalosporin der Gruppe 3 mit guter gramnegativer Wirksamkeit

-

-

Änderungshistorie AnTiB- Hausarztversorgung – Langversion 1. Revision 2019

.

.

.

Zu 3.2 Tiefe Hautinfektionen

Alt:

**Cephalexin: Cephalosporin der 1. Generation mit sehr guter Bioverfügbarkeit (ca. 90%)

Neu:

**Cefalexin: Cephalosporin der Gruppe 1 mit sehr guter Bioverfügbarkeit (ca. 90%) u. guter grampositiver Wirksamkeit inklusive Betalactamase

AnliB

Vielen Dank !