

Jahresstatistik 2020: Niedergelassene Ärzte

Angegeben ist die Zahl der voll empfindlichen Bakterien in %

	E. coli*	Klebsiella*	Enterobacter	Proteus mirabilis*	Citrobacter	Serratia	Pseudomonas aerug.	Acinetobacter	Haemophilus	Staph. aur. (ohne MRSA)	Staph. aur. (MRSA)	Staph. koag. negativ	Enterokokken	Strept. pneumoniae	häm. Streptokokken
Penicillin									0	0	0				100
Penicillin p. o.															85
Oxacillin / Flucloxacillin									100	0	88				
Ampicillin / Amoxicillin	57	0	0	75	0	0	0	0	84	0	0	0	95		100
Ampicillin+ Sulbactam	63	82	0	89	64	0	0	89	99	100	0	88	95	100	100
Piperacillin+ Tazobactam	89	89	92	99	98	97	93	88	99	100	0	88	95		100
Cefazolin									100	0	88	0			100
Cefotiam / Cefuroxim	87	92	0	100	57	0	0	0	98	100	0	88	0		100
Cefotaxim / Ceftriaxon*	92	95	91	100	99	96	0	25	100	100	0	88	0	99	100
Ceftazidim	92	95	91	100	99	97	96	83							
Imipenem	100	100	100	21	100	100	90	100	100	100	0	88		100	100
Meropenem	100	100	100	100	100	100	92	100	100	100	0	88		100	100
Ciprofloxacin	84	93	95	85	99	96	90	100	99						
Levofloxacin	79	92	94	86	98	96	92	100	99	96	43	90	89	100	95
Moxifloxacin									99	96	43	90		100	95
Gentamicin	94	97	99	91	100	98	95	99		98	90	95			
Tetracyclin	77	89	92	0	98	2	0	96	93	98	82	87	27	90	56
Trimethoprim + Sulfonamid	78	93	92	68	98	100	0	97	63	98	93	96	0	85	100
Erythromycin									85	47	66			89	77
Clindamycin									86	48	79			92	79
Vancomycin									100	100	100	97		100	100
Linezolid									100	100	100	100			
Fosfomycin									100	97	74				
Anzahl Resistenztestungen (fallbereinigt 14-tägig pro Patient)	1861	436	226	364	148	110	619	96	340	2172	296	197	424	117	633

* E. coli, Klebsiella und Proteus mirabilis mit Cefotaxim/Ceftriaxon-Resistenz sind überwiegend ESBL-Produzenten

Jahresstatistik 2020: Krankenhäuser

Angegeben ist die Zahl der voll empfindlichen Bakterien in %

	E. coli*	Klebsiella*	Enterobacter	Proteus mirabilis*	Citrobacter	Serratia	Pseudomonas aerug.	Acinetobacter	Haemophilus	Staph. aur. (ohne MRSA)	Staph. aur. (MRSA)	Staph. koag. negativ	Enterokokken	Strept. pneumoniae	häm. Streptokokken	Vitidens- Streptokokken
Penicillin i. v.									0	0	0		100	100	72	
Penicillin (Meningitis)													79			
Oxacillin / Flucloxacillin									100	0	46					
Ampicillin / Amoxicillin	48	0	0	70	0	0	0	0	86	0	0	0	70		100	
Ampicillin+ Sulbactam	55	72	0	85	54	0	0	86	99	100	0	46	70	100	100	
Piperacillin+ Tazobactam	80	80	71	97	90	95	83	82	99	100	0	46	70		100	
Cefazolin									100	46	0					
Cefotiam / Cefuroxim	80	83	0	98	48	0	0	0	99	100	0	46	0		100	
Cefotaxim / Ceftriaxon*	85	91	71	98	91	95	0	23	100	100	0	46	0	99	100	
Ceftazidim	85	91	71	98	91	96	86	81								
Imipenem	100	99	99	24	100	99	80	98	100	100	0	46		100	100	
Meropenem	100	99	99	100	100	99	83	98	100	100	0	46		100	100	
Ciprofloxacin	78	89	95	84	97	96	85	95	99							
Levofloxacin	74	86	93	85	96	94	88	96	99	90	28	62	91	100	94	
Moxifloxacin									100	90	28	63		100	94	
Gentamicin	94	98	97	91	99	98	95	97		99	93	72				
Tetracyclin	72	82	85	0	94	3	0	95	91	97	87	79	39	90	44	
Trimethoprim + Sulfonamid	76	91	95	66	98	99	0	96	65	99	92	74	0	84	99	
Erythromycin									84	42	39			83	73	
Clindamycin									85	45	46			74	76	
Vancomycin									100	100	100	87	100	100	100	
Linezolid									100	100	100	100				
Fosfomycin									99	96	67					
Rifampicin									100	98	96					
Anzahl Resistenztestungen (fallbereinigt 14-tägig pro Patient)	10937	3795	1895	2397	866	541	2856	383	530	4928	674	4280	5305	215	1498	1015

* E. coli, Klebsiella und Proteus mirabilis mit Cefotaxim/Ceftriaxon-Resistenz sind überwiegend ESBL-Produzenten

Antibiotikatherapie bei Erwachsenen

Kalkulierte Initialtherapie

Stand Januar 2021



MEDIZINISCHES LABOR
Gelsenkirchen

Eurofins Laborbetriebsgesellschaft Gelsenkirchen GmbH
Rotthauer Straße 19 • 45879 Gelsenkirchen
Tel. (0209) 1586-0 • Fax (0209) 1586-106
E-Mail gelsenkirchen@gelamed.de • www.gelamed.de

Ambulant erworbene Pneumonie

Diagnose	Kalkulierte Initialtherapie	Therapiedauer
<i>Pneumonie (stabiler klinischer Zustand) bei ambulanten Patienten ohne Risikofaktoren</i>	Aminopenicillin Alternativ: Makrolid, Doxycyclin	5 bis 7 Tage
<i>Pneumonie (stabiler klinischer Zustand) bei ambul. Patienten mit Risikofaktoren (Krankenhausvorbehandlung, Antibiotika-Vortherapie, schwere Begleiterkrankungen, höheres Alter > 60-70 Jahre)</i>	Aminopenicillin/BLI ± Makrolid Alternativ: Fluorchinolone Gruppe 3 oder 4	5 bis 7 Tage
Pneumonie mit Notwendigkeit zur stationären Aufnahme (bei Patienten ohne Risiko für Pseudomonas-Infektion)	Aminopenicillin/BLI ± Makrolid Cephalosporin Gruppe 2 oder 3a ± Makrolid Fluorchinolone Gruppe 3 oder 4 Alternativ: Carbapenem Gruppe 2 ± Makrolid	5 bis 7 Tage
Schwere (in der Regel Intensivbehandlung) ambulant erworbene Pneumonie (bei Patienten ohne Risiko für Pseudomonas-Infektion)	Acylaminopenicillin/BLI ± Makrolid Cephalosporin Gruppe 3a ± Makrolid Alternativ: Fluorchinolone Gruppe 3 oder 4 Carbapenem Gruppe 2 ± Makrolid	8 bis 10 Tage

Haut- und Weichteilinfektionen

Diagnose	Kalkulierte Initialtherapie	Therapiedauer
<i>Erysipel</i>	Penicillin G bzw. Phenoxypenicillin Alternativ: Cephalosporin Gruppe 1 oder 2 Alternativ: Clindamycin (bei Allergie)	2 Wochen, bei Rezidiv 6 Wochen
<i>Leichte (Impetigo, Furunkel) und mittelschwere (Abszess, Phlegmone, eitrige Bursitis) Infektionen</i>	Aminopenicillin/BLI Cephalosporin Gruppe 1 oder 2 Alternativ: Clindamycin (bei Allergie)	≤ 7 Tage (ggf. nach erfolgreicher chir. Sanierung)
Schwere nosokomiale Infektion oder Sepsis	Acylaminopenicillin/BLI Cephalosporin Gruppe 3a/b oder 4 + Metronidazol Carbapenem Gruppe 1 oder 2 Fluorchinolone Gruppe 4 ± Clindamycin (Hemmung der Toxinproduktion bei β-hämolysierenden Streptokokken und S. aureus)	

Harnwegsinfektionen

Diagnose	Kalkulierte Initialtherapie	Therapiedauer
<i>Akute unkomplizierte Zystitis</i>	Fosfomycin-Trometamol (Einmalgabe) Trimethoprim ± Sulfonamid* Aminopenicillin/BLI Nitrofurantoin Alternativ: Fluorchinolone Gruppe 2 oder 3	je nach Antibiotikum 1 bis 7 Tage
<i>Akute unkomplizierte Pyelonephritis</i>	Aminopenicillin/BLI Cephalosporin Gruppe 3a Fluorchinolone Gruppe 2 oder 3* Alternativ: Aminoglykosid	5 bis 10 Tage
Harnwegsinfektionen • kompliziert • nosokomial • Katheter-assoziiert • Urosepsis	Aminopenicillin/BLI Cephalosporin Gruppe 3a Carbapenem Gruppe 2 Bei Versagen der Initialtherapie und Risikofaktoren: Acylaminopenicillin/BLI Cephalosporin Gruppe 3b oder 4 Carbapenem Gruppe 1	bis 3 bis 5 Tage nach Entfieberung

* (keine empirische Therapie bei Resistenzrate >20% f. E. coli)

ZNS-Infektionen

Diagnose	Kalkulierte Initialtherapie	Therapiedauer
Meningitis (ambulant erworben)	Cephalosporin Gruppe 3a + Ampicillin	≥ 7 Tage bei Meningokokken ≥ 10 Tage bei anderen Erregern
Meningitis (nosokomial, post-OP, Shunt)	Carbapenem Gruppe 1 + Vancomycin Cephalosporin Gruppe 3b + Vancomycin	≥ 10 Tage

Intraabdominelle Infektionen

Diagnose	Kalkulierte Initialtherapie	Therapiedauer
Primäre (spontane) Peritonitis bei Leberzirrhose	Cephalosporin Gruppe 3a Acylaminopenicillin/BLI Fluorchinolone Gruppe 2 oder 3	5 bis 7 Tage
Sekundäre Peritonitis • akute, lokal begrenzte und chirurgisch sanierbare Peritonitis	Cephalosporin Gruppe 2 oder 3a + Metronidazol Aminopenicillin/BLI Acylaminopenicillin/BLI Carbapenem Gruppe 2 Fluorchinolone Gruppe 2 oder 3 + Metronidazol Aminopenicillin/BLI Carbapenem Gruppe 1 oder 2 Cephalosporin Gruppe 3a oder 4 + Metronidazol Fluorchinolone Gruppe 2 oder 3 + Metronidazol Fluorchinolone Gruppe 4 Tigecyclin	Kurzzeittherapie (Fokus-sanierung) 1 bis 2 Tage oft ausreichend 3 bis 5 Tage, je nach klinisch-bakteriologischem Befund
Tertiäre Peritonitis (trotz adäquater chirurgischer und antimikrobieller Therapie persistierende Peritonitis mit Problemkeimen)	Therapie i.d.R. nach Antibiogramm	7 Tage

Hinweise

Kursivschrift = orale Therapie, falls klinisch möglich

BLI = Beta-Lactase-Inhibitor

Cephalosporine

- Gruppe 1 (z.B. Cefazolin)
 - Gruppe 2 (z.B. Cefuroxim, Cefotiam)
 - Gruppe 3a (z.B. Cefotaxim, Ceftriaxon)
 - Gruppe 3b (Ceftazidim)
 - Gruppe 4 (Cefepim)
- Carbapeneme
- Gruppe 1 (Imipenem, Meropenem, Doripenem)
 - Gruppe 2 (Ertapenem)
- Fluorchinolone

- Gruppe 2 (Ciprofloxacin)
- Gruppe 3 (Levofloxacin)
- Gruppe 4 (Moxifloxacin)

Zur Vermeidung von Resistenzen und unnötigen Kosten beachten Sie bitte:

- Nur begründeter Einsatz von Antibiotika
- Probengewinnung für die mikrobiologische Diagnostik möglichst vor Beginn der Antibiotikatherapie
- Frühzeitiger Beginn der kalkulierten Antibiotikatherapie (nach erwartetem Keimspektrum und aktueller Resistenzsituation)
- Nach Erhalt des mikrobiologischen Befunds möglichst gezielte Therapie nach Antibiogramm