

Jahresstatistik 2017: 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	100
Penicillin p. o.															100
Oxacillin / Flucloxacillin									100	0	82				
Ampicillin / Amoxicillin	53	0	0	74	0	0	0	3	89	0	0	0	98	100	100
Ampicillin+ Sulbactam	58	83	0	89	64	0	0	89	100	100	0	82	98	100	100
Piperacillin+ Tazobactam	81	89	91	96	98	99	94	84	100	100	0	82	98	100	100
Cefazolin									100	0	82	0	100	100	100
Cefotiam / Cefuroxim	89	92	0	100	50	0	0	3	100	100	0	82	0	100	100
Cefotaxim / Ceftriaxon*	89	96	90	100	95	99	0	34	100	100	0	82	0	100	100
Ceftazidim	89	96	91	100	98	99	97	83							
Imipenem	100	100	99	23	100	98	88	98	100	100	0	82	98	100	100
Meropenem	100	100	99	100	100	100	91	98	100	100	0	82		100	100
Ciprofloxacin	82	95	97	91	99	96	91	93	99						
Levofloxacin	82	95	97	91	99	96	90	93	99	93	29	88	90	100	97
Moxifloxacin								99	93	29	88	90	100	98	
Gentamicin	95	98	97	91	100	92	95	95	99	94	91				
Tetracyclin	71	89	92	0	94	7	0	88	98	97	87	87	21	95	51
Trimethoprim + Sulfonamid	75	94	95	69	99	98	0	96	71	99	97	96	0	73	99
Erythromycin									86	38	60		92	80	
Clindamycin									86	39	64		82		
Vancomycin									100	100	100	98	100	100	100
Linezolid									100	100	100	100			
Anzahl Resistenztestungen (fallbereinigt 14-tägig pro Patient)	2644	591	299	430	149	121	737	148	574	2622	541	274	604	223	712

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

Jahresstatistik 2017: 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	Viridans- Streptokokken
Penicillin i. v.										0	0	0		92	100	83
Penicillin (Meningitis)																78
Oxacillin / Flucloxacillin									100	0	41					
Ampicillin / Amoxicillin	45	0	0	68	0	0	0	0	90	0	0	0	72	99	100	91
Ampicillin+ Sulbactam	51	72	0	87	49	0	0	82	100	100	0	41	72	100	100	92
Piperacillin+ Tazobactam	70	78	70	92	87	95	84	76	100	100	0	41	72	100	100	98
Cefazolin									100	0	41	0	100	100	98	
Cefotiam / Cefuroxim	75	81	0	98	40	0	0	2	100	100	0	41	0	100	100	98
Cefotaxim / Ceftriaxon*	79	87	70	98	86	96	0	24	100	100	0	41	0	100	100	98
Ceftazidim	79	87	70	98	88	96	89	77								
Imipenem	100	100	99	25	100	99	78	95	100	100	0	41	72	100	100	100
Meropenem	100	100	99	100	100	100	82	95	100	100	0	41		100	100	100
Ciprofloxacin	72	88	93	88	95	97	86	87	100							
Levofloxacin	73	88	93	88	95	97	85	87	100	88	17	54	56	98	95	97
Moxifloxacin								100	88	17	54	56	98	96	97	
Gentamicin	93	94	91	88	99	93	93	96	98	95	67					
Tetracyclin	67	83	84	0	92	5	0	86	99	98	90	77	38	90	31	71
Trimethoprim + Sulfonamid	71	88	89	63	95	97	0	92	73	99	98	71	0	83	99	90
Erythromycin									85	33	35		88	73	69	
Clindamycin									85	34	37		75	76		
Vancomycin									100	100	100	90	100	100	100	
Linezolid									100	100	100	99				
Fosfomycin							49		100	98	73					
Rifampicin									100	97	97					
Anzahl Resistenztestungen (fallbereinigt 14-tägig pro Patient)	15104	4295	2151	2702	984	704	3777	485	815	7004	1575	5946	7140	361	1198	2140

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

Antibiotikatherapie bei Erwachsenen

nach Empfehlungen der Paul-Ehrlich-Gesellschaft

Stand Februar 2018



Ihr Labor für effiziente Diagnostik

Laborbetriebsgesellschaft Dr. Dirkes-Kersting & Dr. Kirchner mbH
 Rotthauer Straße 19 • 45879 Gelsenkirchen • Tel. (0209) 1586-0
 Fax (0209) 1586-106 • E-Mail info@hygel.de • www.hygel.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-hämolyisierenden 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