

Jahresstatistik 2019: 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.																77
Oxacillin / Flucloxacillin										100	0	84				
Ampicillin / Amoxicillin	55	0	0	75	0	0	0	0	83	0	0	0	97	77	100	
Ampicillin+ Sulbactam	59	80	0	90	60	0	0	88	99	100	0	84	97	77	100	
Piperacillin+ Tazobactam	88	87	93	99	95	100	93	83	99	100	0	84	97	77	100	
Cefazolin										100	0	84	0			100
Cefotiam / Cefuroxim	87	91	0	99	54	0	0	0	99	100	0	84	0			100
Cefotaxim / Ceftriaxon*	91	95	94	99	95	100	0	29	100	100	0	84	0	98		100
Ceftazidim	91	95	94	99	95	100	95	82								
Imipenem	100	100	100	17	100	98	89	97	100	100	0	84			100	100
Meropenem	100	100	100	100	100	100	91	97	100	100	0	84			100	100
Ciprofloxacin	85	94	97	87	100	97	89	93	99							
Levofloxacin	84	93	96	88	100	97	88	93	99	95	34	90	90	100	95	
Moxifloxacin										99	95	34	90			100
Gentamicin	96	98	99	92	99	100	93	99		99	94	90				
Tetracyclin	76	83	92	0	95	6	0	94	98	97	88	86	26	89	60	
Trimethoprim + Sulfonamid	77	91	97	64	99	99	0	94	92	99	94	94	0	87	99	
Erythromycin										84	45	63				86
Clindamycin										85	46	74				88
Vancomycin										100	100	100	96	100	100	
Linezolid										100	100	100	100			
Fosfomycin										100	98	78				
Anzahl Resistenztestungen (fallbereinigt 14-tägig pro Patient)	2273	495	250	411	124	108	636	139	493	2520	422	185	485	205	674	

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

Jahresstatistik 2019: 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	Vitens- Streptokokken
Penicillin i. v.										0	0	0			98	100
Penicillin (Meningitis)															85	
Oxacillin / Flucloxacillin										100	0	43				
Ampicillin / Amoxicillin	45	0	0	68	0	0	0	0	87	0	0	0	70	98	100	88
Ampicillin+ Sulbactam	52	70	0	84	52	0	0	83	100	100	0	43	70	98	100	89
Piperacillin+ Tazobactam	78	78	72	98	89	95	82	80	100	100	0	43	70	98	100	
Cefazolin										100	43	0				100
Cefotiam / Cefuroxim	78	81	0	98	45	0	0	0	100	100	0	43	0			100
Cefotaxim / Ceftriaxon*	82	88	72	98	89	95	0	24	100	100	0	43	0	99	100	99
Ceftazidim	82	89	72	98	89	95	85	77								
Imipenem	100	99	99	23	100	97	77	93	100	100	0	43			100	100
Meropenem	100	99	99	100	100	100	80	93	100	100	0	43			100	100
Ciprofloxacin	76	90	95	87	97	97	86	90	100							
Levofloxacin	75	89	94	89	97	97	85	91	100	89	19	57	59	97	94	97
Moxifloxacin										100	90	19	58			97
Gentamicin	93	97	96	90	99	98	91	93		98	96	69				
Tetracyclin	70	81	86	0	93	4	0	90	98	98	90	75	42	69	34	69
Trimethoprim + Sulfonamid	73	88	95	63	97	99	0	94	69	99	95	73	0	99	99	
Erythromycin										84	36	37			83	71
Clindamycin										85	37	46			85	72
Vancomycin										100	100	100	85	100	100	
Linezolid										100	100	100	100			
Fosfomycin										100	98	70				
Rifampicin										100	97	96				
Anzahl Resistenztestungen (fallbereinigt 14-tägig pro Patient)	13321	4206	1963	2503	838	667	3200	433	637	5949	1134	4318	6279	392	1175	1813

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

Antibiotikatherapie bei Erwachsenen

Kalkulierte Initialtherapie

Stand Januar 2020



MEDIZINISCHES LABOR
Gelsenkirchen • Iserlohn • Siegen

Eurofins Laborbetriebsgesellschaft Gelsenkirchen GmbH
Rotthäuser 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	Kurzzeittherapie (Fokus-sanierung) 1 bis 2 Tage oft ausreichend
• > 2-4 h andauernde, diffuse und nicht vollständig chirurgisch sanierbare Peritonitis mit trübem Exsudat sowie Patienten mit Risikofaktoren	Aminopenicillin/BLI Carbapenem Gruppe 1 oder 2 Cephalosporin Gruppe 3a oder 4 + Metronidazol Fluorchinolone Gruppe 2 oder 3 + Metronidazol Fluorchinolone Gruppe 4 Tigecyclin	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