

Jahresstatistik 2013: 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. (koog. neg.)	Enterokokken	Strept. pneumoniae	härm. Streptokokken
Penicillin										0	0	0		100	100
Oxacillin/Flucloxacillin										100	0	76			
Ampicillin/Amoxicillin	49	0	2	66	0	0	0	4	86	0	0	0	96	100	100
Ampicillin+Sulbactam	66	78	3	89	67	0	0	98	100	100	0	76	96	100	100
Piperacillin							95			0	0	0	96	100	100
Piperacillin+Tazobactam	74	82	90	92	94	97	95	96	100	100	0	76	96	100	100
Cefazolin									100	0	76	0	100	100	100
Cefotiam/Cefuroxim	86	86	11	97	80	0	0	4	100	100	0	76	0	100	100
Cefotaxim/Ceftriaxon*	88	91	89	98	94	98	0	44	100	100	0	76	0	100	100
Ceftazidim	88	92	89	98	94	98	94	72							
Imipenem	100	100	100	98	100	100	89	100	100	100	0	76	96	100	100
Meropenem	100	100	100	100	100	92	100	100	100	0	76			100	100
Ciprofloxacin	77	92	95	85	98	98	80	99	99						
Levofloxacin	77	92	95	85	98	98	81	99	99	93	12	77	78	99	98
Moxifloxacin									99	93	12	77	78	99	98
Gentamicin	93	97	96	89	100	95	89	99		99	94	86			
Tetracyclin	64	86	93	0	94	10	0	97	93	97	92	81	20	92	41
Tigecyclin										100	100	100	100		
Trimethoprim+Sulfonamid	69	86	95	67	94	100	0	96	73	99	97	80	0	91	97
Erythromycin										85	27	54		89	80
Clindamycin										86	27	59			84
Vancomycin										100	100	100	99	100	100
Linezolid										100	100	100	99		
Fosfomycin										100	97	72			
Rifampicin										100	100	100			
Anzahl Resistenztestungen (fallbereinigt 14-tägig pro Patient)	3000	578	259	448	181	100	677	143	867	1773	559	362	1055	223	756

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

Jahresstatistik 2013: 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. (koog. neg.)	Enterokokken	Strept. pneumoniae	härm. Streptokokken
Penicillin										0	0	0		100	100
Oxacillin/Flucloxacillin										100	0	41			
Ampicillin/Amoxicillin	42	0	0	69	0	0	0	0	85	0	0	0	74	99	100
Ampicillin+Sulbactam	59	72	3	89	52	0	0	87	100	100	0	41	74	100	100
Piperacillin							79			0	0	0	74	100	100
Piperacillin+Tazobactam	66	76	73	94	88	95	79	84	100	100	9	41	74	100	100
Cefazolin									100			41	0	100	100
Cefotiam/Cefuroxim	78	79	4	98	73	0	0	1	100	100	0	41	0	100	100
Cefotaxim/Ceftriaxon*	80	87	73	98	88	95	0	32	100	100	0	41	0	99	100
Ceftazidim	80	87	74	98	89	97	84	73							
Imipenem	100	100	100	99	100	100	70	92	100	100	0	41	74	100	100
Meropenem	100	100	100	100	100	100	76	92	100	100	0	41		100	100
Ciprofloxacin	72	88	96	87	96	95	77	85	100						
Levofloxacin	72	88	96	87	96	95	76	85	99	88	6	47	52	96	95
Moxifloxacin									99	88	6	47	52	96	95
Gentamicin	92	95	96	88	99	94	87	95		98	96	62			
Tetracyclin	62	83	87	0	93	15	0	86	96	97	96	79	31	91	42
Tigecyclin										100	100	100	100		
Trimethoprim+Sulfonamid	67	87	91	68	98	97	0	91	74	99	99	62	0	81	95
Erythromycin										87	25	34		81	79
Clindamycin										87	26	37			80
Vancomycin										100	100	100	97	100	100
Linezolid										100	100	100	100		
Fosfomycin										100	97	72			
Rifampicin										100	99	93			
Anzahl Resistenztestungen (fallbereinigt 14-tägig pro Patient)	6826	1957	1067	1126	440	300	1850	204	696	3051	1020	1420	2974	3923	203
										100	99	93			887

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

Antibiotikatherapie bei Erwachsenen

nach Empfehlungen der Paul-Ehrlich-Gesellschaft



Ihr Labor für effiziente Diagnostik

Laborbetriebsgesellschaft Dr. Dirkes-Kersting und Dr. Kirchner mbH
 Rotthäuser Straße 19 • 45879 Gelsenkirchen • Tel. (0209) 15 86-0
 Fax (0209) 15 86-1 06 • Email info@hygel.de • www.hygel.de

Stand März 2014

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 3 a ± 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 3 a ± 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 chirurgischer 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 <ul style="list-style-type: none"> 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 3-5 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 <ul style="list-style-type: none"> 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 Acylaminopenicillin/BLI Carbapenem Gruppe 1 oder 2 Cephalosporin Gruppe 3a oder 4 + Metronidazol Fluorchinolone Gruppe 2 oder 3 + Metronidazol Fluorchinolone Gruppe 4 Tigecyclin	Kurzzeittherapie (Focussanierung) 1-2 Tage oft ausreichend 3 bis 5 Tage je nach klinisch-bakteriologischem Befund
<ul style="list-style-type: none"> > 2-4 h andauernde, diffuse und nicht vollständig chirurgisch sanierbare Peritonitis mit trübem Exsudat sowie Patienten mit Risikofaktoren 	Acylaminopenicillin/BLI Carbapenem Gruppe 1 oder 2 Cephalosporin Gruppe 3a oder 4 + Metronidazol Fluorchinolone Gruppe 2 oder 3 + Metronidazol Fluorchinolone Gruppe 4 Tigecyclin	7 Tage
Tertiäre Peritonitis (trotz adäquater chirurgischer und antimikrobieller Therapie persistierende Peritonitis mit Problemkeimen)	Therapie i.d.R. nach Antibiogramm	

Hinweise

Kursivschrift = orale Therapie, falls klinisch möglich
BLI = Beta-Lactamase-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, Meronem, 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.