

Ambulanter Antibiotikaleitfaden – Gynäkologie

Auflage 1 - 2024

Inhalt dieser Empfehlungen ist die kurzgefasste Standardbehandlung häufiger Infektionskrankheiten im Bereich der **Gynäkologie** in der ambulanten Versorgung. Die Empfehlungen basieren auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie auf Empfehlungen relevanter Fachgesellschaften und sind an lokale Resistenzen und Bedürfnisse angepasst. Sie dienen ausschließlich der Kommunikation in und zwischen den beteiligten Arztgruppen. Sie sollen als Orientierungshilfe für eine evidenzbasierte und verantwortungsvolle Praxis dienen, ersetzen jedoch nicht die individuelle Beurteilung und Entscheidungsfindung! Abweichungen von den Empfehlungen sind daher möglich, sollten aber begründbar sein. Häufige Abweichungen geben Anlass, die eigenen Therapiestrategien zu überdenken. Eingeschränkt anwendbar sind die Empfehlungen bei Vorliegen besonderer Ausgangsbedingungen wie Grunderkrankung, komplizierter Verlauf, antibiotische Vorbehandlung, Auslandsaufenthalt usw. Trotz gewissenhafter Recherche können die Autoren keine Haftung für die Inhalte, insbesondere die Dosierungen übernehmen. Rückmeldungen und Anregungen an die Autoren sind ausdrücklich erwünscht: antiinfektiva@vestnet.org

Grundsätze dieser Empfehlungen:

- AB nur verordnen, wo nötig, unnötige antibiotische Therapie vermeiden (insbes. bei leichten selbstlimitierenden Erkrankungen bei immunkompetenten Pat.)
- Therapiedauer so lange wie nötig und so kurz wie möglich; **Dosis u. Dauer auf VO vermerken!**
- VO von Cephalosporinen (v.a. Cefuroxim p.o.) und Makroliden (v.a. Azithromycin) nur bei gezielter Indikation!

Abkürzungen: **AB** = Antibiotika, **DD** = Differenzialdiagnose, **DM** = Diabetes mellitus, **EW** = Einweisung, **GV** = Geschlechtsverkehr, **h** = Stunde(n), **HWI** = Harnwegsinfekt(e), **Ind.** = Indikation, **J** = Jahre, **l** = Liter, **KOH** = Kaliumhydroxid, **kons.** = konservati(e), **Mo** = Monat(e), **PID** = pelvic inflammatory disease, **RT** = retard, **STD** = sexuell transmitted disease(s), **SS** = Schwangerschaft, **T** = Tag(e), **Trim.** = Trimester, **Unt.** = Untersuchung, **VO** = Verordnung, **Wo** = Woche(n)

Die Darstellung erfolgt nachfolgendem Schema: (bevorzugte Ther. / 1. Wahl auf hervorgehobenem Hintergrund)

Antibiotikum	Tägl. Anzahl x Höhe der Einzeldosis	Dauer	Bemerkungen
Antibiotikum			

Inhaltsverzeichnis

1. Brustentzündungen	1
1.1 Mastitis puerperalis	1
1.2 Mastitis non puerperalis	1
1.3 Abakterielle Mastitis	1
2. Abdominale Infektionen des kleinen Beckens	1
2.2 Puerperale Endometritis-Endomyometritis	1
3. Harnwegsinfekte (HWI)	2
3.1 Unkomplizierte HWI	2
3.2 Rezidivierende HWI	2
3.3 Harnwegsinfekte in der Schwangerschaft	3
4. Urogenitale Infektionen	3
4.1 Vulvovaginalmykosen	3
4.2 Bakterielle Vaginose	4
4.3 Sexuell übertragbare Erkrankungen (STDs)	4
5. Quellen	8

1. Brustentzündungen

1.1 Mastitis puerperalis

Sympt.: Übergang vom Milchstau zur Mastitis ist fließend

Erreger: *S. aureus*, β -hämolyisierende Streptokokken

Ther.:

- zunächst kons. Maßnahmen: richtiges Anlegen des Säuglings, gute Brustentleerung, ggf. zusätzlich Ausstreichen oder Abpumpen, wenn das Stillen zu schmerzhaft ist, physikalische Maßnahmen Wärme/Kühlung (z.B. als Quarkwickel), nichtsteroidale Antiphlogistika z.B. Ibuprofen bis zu 2400 mg/T, Paracetamol
- nach 48 h symptomatischer Therapie ohne Besserung Beginn einer AB-Ther. (klinische Entscheidung)

Cefalexin	3 x 1000 mg	10 T	Stillen weiterhin möglich
Clindamycin	3 x 600 mg	10 T	bei Penicillinallergie ¹ Stillen weiterhin möglich,

1.2 Mastitis non puerperalis

Clindamycin	3 x 600 mg	7–10 T	zusätzlich
Amoxicillin + Clavulansäure	2 x 875/125 mg (\leq 70 kg) – 3 x 875/125 mg ($>$ 70 kg)	7–10 T	kons. Maßnahmen

1.3 Abakterielle Mastitis

Ther.: keine AB-Ther., weitere Diagnostik zur Ursache notwendig, Hyperprolaktinämie ausschließen; DD Karzinom

2. Abdominale Infektionen des kleinen Beckens

2.1 Pelvic Inflammatory Disease (PID), Adnexitis

Erreger: am häufigsten Chlamydien - gilt als "Chamäleon" der Unterbauchbeschwerden, aber auch Gonokokken, *Bacteroides* spp., Enterobakterien, Streptokokken, Mykoplasmen

Ceftriaxon + Doxycyclin + Metronidazol	1–2 g i.m./i.v. 2 x 100 mg 2 x 400 mg	einmalig 14 T 14 T	Partner-Unt. und ggf. Ther.! statt Doxycyclin alternativ Azithromycin: 1,5 g Tag 1 + Tag 8
Moxifloxacin	1 x 400 mg	14 T	
Amoxicillin/Clavulansäure + Doxycyclin	2–3 x 875/125 mg 2 x 100 mg	7–14 T 14 T	

2.2 Puerperale Endometritis-Endomyometritis

2.2.1 gesichert

Ther.: stat. EW

2.2.2 Subinvolutio uteri ohne sicheren Hinweis auf Endomyometritis

Ther.: Förderung des Lochialflusses

3. Harnwegsinfekte (HWI)

3.1 Unkomplizierte HWI

Ther.: **keine** AB bei asymptomatischen gesunden Patientinnen mit (zufällig) diagnostizierter asymptomatischer Bakteriurie

Bei 30-50 % Spontanheilungsrate ist ein Versuch mit komplementären Therapien sinnvoll:

- Ibuprofen 3 x tägl 400 mg für ca 3 T
- Phytotherapeutikum BNO 1045 aus Tausendgüldenkraut, Liebstöckel und Rosmarin (z.B. Canephron®), oder Uva Ursi/ Bärentraubenblätterextrakt (z.B. Cystinol akut®)
- Cranberries/Moosbeeren
- D-Mannose

Pivmecillinam	2–3 x 400mg	3 T	gute Verträglichkeit, höherer Preis
Nitrofurantoin RT	2–3 x 100 mg	5 T	gute Verträglichkeit, nicht bei Niereninsuff., Ind. bei Pat. > 60 J kritisch prüfen
Nitroxolin	3 x 250 mg	5 T	gute Verträglichkeit
Nitrofurantoin	4–6 x 50 mg	7 T	nicht bei Niereninsuff., Ind. bei Pat. >60 J kritisch prüfen
Fosfomycin-Trometamol	3 g	einmalig	in den ersten 2 T wenig (!) trinken, Gabe abends mind. 2 h nach der letzten Mahlzeit und nach der letzten Miktion vor dem Schlafen

3.2 Rezidivierende HWI

Def.: HWI 2 x innerhalb von 6 Mo oder 3 x innerhalb von 12 Mo

Diag.: vor AB-Ther. Urinkultur und ggf. Sonographie

Ther.: **Beratung zur Rezidivprophylaxe:**

- ausreichende Trinkmenge (mind. 1,5–2l / T)
- Beratung zu Verhaltensempfehlungen = normale (!) Intimhygiene
- Intravaginale und orale Probiotika zur Stabilisierung einer gesunden Urogenitalflora
- bei postmenopausalen Frauen: lokale Östrogenisierung
- orale Immunstimulation, z.B. OM-89 (UroVaxom®) lt. Leitlinie -> uns fehlt bislang die Erfahrung
- Impfung (z.B. StroVac® – 3 x i.m., jeweils im Abstand von 1–2 Wochen)
- Postkoitale Prävention: Blasenentleerung nach GV + Nitrofurantoin 50–100 mg einmalig

Nitrofurantoin	1 x 50–100 mg tgl.	3–6 Mo	Behandlung nach Urinkultur ggf. mit Resistenzbestimmung
Fosfomycin-Trometamol	1 x 3 g abends	alle 10 T	
Trimethoprim	100 mg tgl.		

3.3 Harnwegsinfekte in der Schwangerschaft

Erreger: Erregerspektrum und Resistenzraten sind bei schwangeren Frauen ohne sonstige relevante Begleiterkrankungen ähnlich wie bei nicht schwangeren Frauen, d.h. die Anamnese bleibt gleich, aber es erfolgt eine Kontrolle nach AB mit Urinkultur

Amoxicillin + Clavulansäure	2 x 875/125 mg (≤ 70 kg) – 3 x 875/125 mg (> 70 kg)	7 T	Urinkontrolle / Kultur nach erfolgter Behandlung
Fosfomycin-Trometamol	3 g	einmalig	
Pivmecillinam	3 x 400 mg	3 T	

asymptomatische Bakteriurie in der SS: Behandlung nach Urinkultur

Rezidivprophylaxe: Phytotherapeutikum BNO 1045 (vgl. unter 3.1.)

4. Urogenitale Infektionen

4.1 Vulvovaginalmykosen

Erreger: in 85-95% *Candida albicans*

Diagn.: Nativpräparat = Nachweis von Pseudomycelen, pH: sauer, typ. Klinik (vestibulärer Juckreiz, Brennen, Dysurie, weißlich, bröckeliger Vaginalfluor, geruchlos), Mikrobiologie nur bei Therapieversagern und Rezidiven

Ther.:

- Keine Ther. bei asymptomatischer *Candida albicans* Kolonisation (Ausnahme in der SS)!
- Topische Anwendung fast immer ausreichend, dann Ausschaltung der prädisponierenden Faktoren.
- Bei topischer Kombinationstherapie: 3 T abends das Vaginalzäpfchen einführen und Anwendung der Creme bis die Tube leer ist, nicht schon nach Abklingen der Symptome aufhören

Prophylaxe: Gute Beratung zur Intimhygiene („Warm und feucht finden alle Pilze gut“), Slipeinlagen weglassen, DM gut einstellen bzw. Glucosurie vermeiden, Anwendung vaginaler + oraler Probiotika, Impfung möglich (z.B. Gynantren®)

Lokaltherapie

Clotrimazol	200 mg Vaginaltabl. + Creme 1 % oder 500 mg Vaginaltablette + Creme 1 %	3 T + 2–3 x tägl. einmalig + 2–3 x tägl.	Creme ganz aufbrauchen
Ciclopiroxolamin	50 mg Vaginalcreme (1 Applikatorfüllung)	6–14 T	beim Nachweis von <i>C. glabrata</i>
Nystatin	100.000 IE Vaginaltablette	6 T	abends vaginal einführen

Systemische Therapie

Fluconazol	1 x 150 mg	1 T	nicht bei <i>C. krusei</i> , <i>C. glabrata</i> ; in SS besser lokale Therapie
------------	------------	-----	--

4.2 Bakterielle Vaginose

Erreger: 90% *Gardnerella* spp. mit der Fähigkeit zur Biofilmbildung

Diagn: Fluor: homogen, dünnflüssig gräulich, Nativpräparat: Dysbiose, ClueCells, keine Laktobazillen, alkalischer vaginaler pH-Wert und klassischer Amingeruch mit KOH. Therapie führt zu Risikoreduktion von Endometritis, PID und STD.

Lokaltherapie

Dequaliniumchlorid (Fluomizin®)	1 x 10 mg Vaginaltablette	6 T	nicht verschreibungspflichtig
Octenidin	2 x 1 Vaginalsprühstoß an Tag 1, dann 1 x 1	7 T	nicht verschreibungspflichtig

Systemische Therapie

Clindamycin	2 x 300 mg	7 T	
	1 x 5 g 2% Vaginalcreme	7 T	auch in der SS
	1 x 100 mg Vaginalovula	3 T	auch in der SS
Metronidazol	2 x 500 mg	7 T	ab dem 2. Trimenon in SS
	1x 100 mg Vaginalovulum	6 T	
	1 x 1 g Vaginalovulum	2 T	

4.3 Sexuell übertragbare Erkrankungen (STDs)

Erreger:

Bakteriell: Chlamydien Infektion (*Chlamydia trachomatis*), Mykoplasmeninfektion (*Mycoplasma genitalium* und *M. hominis*, Ureaplasmen), Gonorrhoe (*Neisseria gonorrhoeae*), Syphilis (*Treponema pallidum*), Ulcus molle (*Haemophilus ducreyi*), Lymphgranuloma verum (*Chlamydia trachomatis*), Granuloma inguinale (*Klebsiella granulomatis*)

Viral: Condyloma accuminata (HPV, meist 6 und 11), Herpes genitalis (HHV Typ 1 und 2), Molluscum contagiosum (Molluscum-contagiosum Virus), HIV

Parasitäre Infektionen: Trichomoniasis (*Trichomonas vaginalis*); Krätze (Milbe *Sarcoptes scabiei*), Pediculosis pubis (verursacht durch Läuse)

Diagn.: Immer Erregernachweis anstreben, Kombinationsdiagn. kultureller und nicht kultureller Methoden (v.a. PCR, ggf. Serologie)

- Urethralabstriche mit flüssigem Amies-Medium sowohl für PCR als auch für kulturelle Unt. geeignet
- für alleinige kulturelle Methoden Tupfer mit Kulturmedium verwenden, ggf. Spezialnährmedien für *Mycoplasma/Ureaplasma* spp.
- für alleinige PCR-Diagn. (insbesondere Chlamydien, Trichomonaden, Mykoplasmen/ Ureaplasmen): trockene sterile Tupfer verwenden. Alternativ ist eine PCR auch aus Morgenurin möglich.
- ggf. Serologie, z.B. bei Syphilis
- zusätzlich Diagn. auf HIV, Hep. B und Hep. C anbieten

4.3.1 Urethritis

Diag.: unbedingt einen Erregernachweis anstreben inklusive STDs (s.o.)

kalkulierte Ther.: bei hohem Leidensdruck, wenn das Warten auf das mikrobiologische Ergebnis nicht möglich ist
(z.B. Wiedervorstellung der Pat. nicht möglich)

Ceftriaxon +	1–2 g i.v. +	einmalig	1. Wahl in der SS Partnertherapie obligat: Kontrollabstrich nach 8 Wo auch in der Stillzeit möglich
Azithromycin	1,5 g	einmalig	

4.3.2 Chlamydien-Infektion

Erkrankung: urogenitale, anorektale oder oropharyngeale Infektion

Diagn: Chamäleon in der Gynäkologie; wenig (putrider) Fluor, Nativpräparat: Leukozytose; Kontaktblutungen der Portio, Urethritis, Blutungsstörungen, ggf. auch Endometritis, Salpingitis; unklare Unterbauchbeschwerden; Nachweis durch Nukleinsäureamplifikationstest (NAATs) aus intrazervikalem Abstrich oder Erststrahlurin

Ther.: bei gleichzeitigem Vorliegen einer Gonorrhoe: Ceftriaxon 1-2 g i.v./i.m. in Kombination mit Azithromycin 1x1,5 g p.o. einmalig)

Verzicht auf GV der Patienten und ihrer Partner für ≥ 1 Woche unter Ther.

Doxycyclin	2 x 100 mg	7 T	Partnertherapie Kontrollabstrich nach 8 Wo
Azithromycin	1,5 g	einmalig	1. Wahl in der SS Partnertherapie obligat: Kontrollabstrich nach 8 Wo! auch in der Stillzeit möglich
Erythromycin	4 x 500 mg oder bei gastrointest. NW 2 x 500 mg	7 T 14 T	2. Wahl in der SS Partnertherapie obligat: Kontrollabstrich nach 8 Wo auch in der Stillzeit möglich (Cave: kein Erythromycinstolat)

Cave: Azithromycin hat keine gute Wirksamkeit bei Chlamydien-Infektionen von Frauen und bei anorektalen Infektionen. Es ist jedoch eine Alternative, z.B. in der Schwangerschaft.

Unter der Geburt wird die Infektion der Zervix auf ca $\frac{2}{3}$ der exponierten Neugeborenen übertragen

(Einschlusskörperchenkonjunktivitis, atypische Pneumonie)

Im Wochenbett oder nach Abort entwickelt ein Teil der mit Chlamydien infizierten Frauen eine späte postpartale Endometritis

4.3.3 Mykoplasmen-Infektion

Cave: keine Ther. asymptomatischer Pat., Resistenztestung für Makrolide immer empfohlen!

Diagn: mukopurulente Zervizitis und Urethritis, Fluor vaginalis mit intermenstruellen und postkoitalen Blutungen

Unkomplizierte Infektion (nicht ascendierende Urethritis) und Makrolid-sensibel

Azithromycin	1 x 500 mg – dann 1 x 250 mg oder 1 x 1,5–2 g p.o.	1 T 5 T einmalig	auch in der SS
--------------	--	------------------------	----------------

Unkomplizierte Infektion (nicht ascendierende Urethritis) und Makrolid-resistent

Doxycyclin	2 x 100 mg	7 T, danach	nicht in der SS
Azithromycin	T8: 1 x 1 g T9-11: 1 x 500 mg		

Komplizierte Infektion (Proktitis, ascendierende urogenitale Infektion, PID) und Makrolid-sensibel

Doxycyclin	2 x 100 mg	7 T, danach	nicht in der SS
Azithromycin	T8: 1 x 1 g T9-11: 1 x 500 mg		

Komplizierte Infektion (Proktitis, ascendierende urogenitale Infektion, PID) und Makrolid-resistent

Doxycyclin	2 x 100 mg	7 T, danach	nicht in der SS
Moxifloxacin	1 x 400 mg	7 T	

4.3.4 Ureaplasmen-Infektionen

Cave: keine Ther. asymptomatischer Pat.

Ureaplasma urealyticum

Doxycyclin	2 x 100 mg	7 T	nicht in der SS
Azithromycin	1,5 g	einmalig	in der SS möglich

Ureaplasma parvum

Doxycyclin	200 mg	einmalig	nicht in der SS
Azithromycin	1,5 g	einmalig	in der SS möglich

4.3.5 Gonorrhoe

Ceftriaxon + Azithromycin	1–2 g i.v./ i.m. 1,5 g	einmalig einmalig	auch in der SS Partnerbehandlung !
Cefixim	800 mg	einmalig	wenn Ceftriaxon i.v./ i.m. nicht gegeben werden kann

Cave: Cefixim ist nicht ausreichend wirksam bei Infektionen im Oropharynx; zur i.m.-Gabe wird 1,0 g Ceftriaxon-Pulver in 4 ml 1%-iger Lidocain-HCL-Lösung gelöst. Injektion in ein oder zwei Portionen (re/li) tief intragluteal. Lidocain darf nicht intravenös appliziert werden!

Häufig Mischinfektion mit *Chlamydia trachomatis*. Bei fehlender Diagn. und starkem Leidensdruck wird daher eine gleichzeitige empirische Ther. mit Doxycyclin oder Azithromycin empfohlen.

4.3.6 Syphilis

Frühform

Benzathin-Benzyl-Penicillin	2,4 Mio. I.E. bzw. je 1,2 Mio. I.E. re. und li. gluteal i.m.	einmalig	Kontrollen nach 3, 6, 9 u. 12 Mo in der SS möglich
Doxycyclin	2 x 100 mg	10 (-14) T	bei Penicillinallergie ¹

Spätform

Benzathin-Benzyl-Penicillin	2,4 Mio. I.E. bzw. je 1,2 Mio. I.E. re. und li. gluteal i.m.	T 1,8 und 15	
Doxycyclin	2 x 100 mg	28 T	bei Penicillinallergie ¹

ab Sekundärstadium: Gefahr der Jarisch-Herxheimer Reaktion, daher 30-60 min vor der ersten AB-Gabe ggf. 1 mg Prednisolonäquivalent/kg KG

4.3.7 Condyloma accuminata

Ther.: zytodestructive topische Ther. oder Exzision

Imiquimod 5% Creme	3 x/ Woche über Nacht	bis zu 16 Wo	
Podophyllotoxin 0,5%-Lösung	2 x tägl. über 3 T, dann 4 T Pause	4 Zyklen	zum gezielten Auftragen 2. Person hilfreich; nicht in SS!
Ablative, chirurgische Verfahren (Exzision, Kürettage, Elektrochirurgie), Lasertherapie, Kryotherapie			

4.3.8 Herpes genitalis

Primärinfektion

Aciclovir	3 x 400 mg	7-10 T	ggf. Lokaltherapie mit Aciclovir
Aciclovir	5 x 200 mg	7-10 T	in der SS
Famciclovir	3 x 250 mg	7-10 T	

Reaktivierung

Aciclovir	2 x 800 mg oder 3 x 400 mg	5 T	ggf. Lokaltherapie mit Aciclovir
Aciclovir	3 x 400 mg	10 T	in der SS, ggf. auch als Dauerther. ab der 36. SSW bis zur Geburt

4.3.9 Trichomoniasis

Diagn: vaginaler Fluor, übelriechend, gelbgrün mit Dysurie, Juckreiz und Bauchschmerzen, pH >5

Ther.:

Metronidazol	1 x 2,0 g	1 T	Partnerbehandlung Mittel der 1. Wahl in der SS, auch in der Stillzeit möglich (Embryotox 10/2024)
Metronidazol	2 x 500 mg	7 T	Bei Therapieversagen der Einmaldosis

4.3.10 Skabies

Permethrin	1 x 5%-ige Creme zur Lokalth. über mind. 8 h, Ther.-Wiederholung an T 14	T 1 und T 14	Partnerbehandlung Mittel der ersten Wahl in der SS, auch in der Stillzeit möglich (Embryotox 10/2024)
Ivermectin	20 µg/ kgKG, Wiederholung nach 8 T	T 1 und T 8	off-label use, nicht in der SS

¹ Penicillinallergie: 5-10 % der Patienten geben anamnestisch eine Penicillinallergie an; die Validität dieser Angaben ist jedoch oft unsicher und sollte hinterfragt werden: Wann trat welche Reaktion nach Gabe welches AB auf? Wie lange liegt das zurück? Auf diese Weise ist ggf. ein De-labeling möglich (s.u.).

PEN-FAST-Score

- F:** Liegt die allergische Reaktion auf Penicillin nicht länger als fünf Jahre her? (2 Punkte)
AS: Kam es zu Anaphylaxie oder Angioödem oder schwerer allergischer Hautreaktion wie einem Stevens-Johnson-Syndrom, einer toxischen epidermalen Nekrolyse oder Eosinophilie mit systemischen Symptomen? (2 Punkte)
T: War eine Therapie der allergischen Reaktion erforderlich? (1 Punkt)

Bei einer Punktzahl unter drei gilt eine Penicillinallergie als unwahrscheinlich. Beim nächsten stat. Aufenthalt ist ggf. nach Rücksprache eine orale Reexposition möglich (im Rahmen evtl. "De-labeling").

5. Quellen

- Brustentzündungen
S3-LL AWMF-Reg.-Nr. 015/071, Stand 2/2013; Sacks et al. Dt. Ärzteblatt 2019;116:563-74
- Abdominalinfektionen des kleinen Beckens
S2k-LL AWMF-Reg.-Nr. 059/006, Stand 8/2018
S2k-LL AWMF-Reg.-Nr. 059/006, Stand 8/2018 (gültig bis 8/2023)
Cochrane Review 2015, Dt. Ärzteblatt 2021,118:436-446
- Harnwegsinfektionen:
S3-LL AWMF-Reg.-Nr.043-044, Stand 4/2024
- Urogenitale Infektionen
S1-LL AWMF Reg. Nr. 082/005 Diagnose und Therapie von Candida Infektionen, S2k-LL AWMF Reg. Nr. 015/072 Vulvacandidose, Stand 9/2020; S2k-LL AWMF Reg. Nr. 015/028 Bakterielle Vaginose, Stand 6/2023; S2k-LL AWMF Register 059/005 S2k-LL Infektionen mit Chlamydia trachomatis Stand 8/2016, S2k-LL AWMF-Reg.-Nr. 059-006 Stand 8/2018, S2k-LL AWMF-Reg.-Nr. 015/28, Stand 6/2023, Stand 04/2020 gültig bis 4/2025
DSTIG-Leitfaden 4. Auflage 2023/2024

Herausgeber: Antiinfektiva-Arbeitsgruppe des Vestnet e.V.

Antiinfektiva-Leitfäden

Die steigende Resistenzentwicklung gegen Antibiotika und die unsichere Verfügbarkeit wichtiger Medikamente machen es zunehmend erforderlich, effektive Strategien für die Diagnostik und Therapie von Infektionskrankheiten zu entwickeln.

Die Bedeutung der Resistenzproblematik gewinnt zunehmend an Wichtigkeit.

Eine Arbeitsgruppe aus niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten des Vestnet e.V. und stationär tätigen Fachärzten der Vestischen

Kinderklinik Datteln haben in Zusammenarbeit mit Frau PD Dr. med. Anke Hildebrandt (Leitende Oberärztin – Infektiologie des St. Vincenz-Krankenhaus Datteln) nach Fachrichtungen gegliederte Antiinfektiva-Leitfäden erstellt.

Ambulant tätige Kolleginnen und Kollegen des Vestnet e.V.

Dr. Kirsten Bode (FÄin für Allgemeinmedizin)
Annika Ellerbrock (FÄin für Allgemeinmedizin)
Dr. Claudia Maier (FÄin für Innere Medizin)
Dr. Sabine Schulte-Althoff (FÄin für Kinder- und Jugendmedizin)
Dr. Gabriele Altenburger (FÄin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe)
Dr. Felix Gahlen (FA für HNO)
Dr. Andreas Weiland (FA für Urologie)
Dr. Jens Becker (FA für Chirurgie)

Stationär tätige Kolleginnen und Kollegen

Dr. Maximilian David Mauritz und Jun.-Prof. Dr. Malik Aydin (Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, ABS-Team, Vestische Kinderklinik Datteln)
PD Dr. Anke Hildebrandt (Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Innere Medizin und Infektiologie, ABS-Team, St. Vincenz Krankenhaus Datteln)

Diese Empfehlungen wurden erarbeitet durch Kolleginnen und Kollegen der Antiinfektiva-AG des Vestnet e.V., auf der Basis entsprechender AnTiB-Empfehlungen (www.antib.de). Veränderungen wurden vorgenommen und beruhen auf lokalen Gegebenheiten in Datteln und Waltrop.

Inhalte verfügbar unter der Lizenz CC BY-NC-SA 4.0 DEED
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.de>

Alle ambulanten Antiinfektiva-Leitfäden finden sich unter <https://vestnet.org/antiinfektiva-leitfaeden>.
Stand Oktober 2024