

Abkürzungen: AB=Antibiotika, EW=Einweisung, GAS=Gr. A-Streptokokken, HWI=Harnwegsinfektion, IE=internationale Einheiten, Mo=Monate, NS=Nasenspray, RF=Risikofaktor, T=Tag(e), Tbl=Tablette(n), ÜW=Überweisung, WW=Wechselwirkungen

Darstellung der AB-Therapie: bevorzugte Ther. / 1. Wahl hellblau unterlegt. Kinder siehe AnTiB Pädiatrie [Antibiotische Therapie](#)

Antibiotikum X	Dosierung	Dauer	Bemerkungen
----------------	-----------	-------	-------------

1 Atemwegsinfektionen

1.1 Tonsillopharyngitis

*DEGAM-LL Halsschmerzen//S2k-LL Antibiotikatherapie bei HNO-Infektionen, Patienten >15 Jahre

1.1.1 Virale Tonsillopharyngitis (bis 80%): NSAR od. Paracetamol über 3 Tage

1.1.2 Bakterielle Tonsillopharyngitis (ca. 20%, meist GAS)

Ther.: AB erwägen bei Verschlechterung der Symptomatik ODER z.B. Centor-Score ≥ 3 und schwerem Krankheitsbild

- Rezidiv: Penicillin V über 10 T
- multipel rezidivierende Episoden: Cefalexin/Cefadroxil, Clindamycin oder Amoxicillin-Clavulansäure für 10 Tage
- RF wie Komorbidität, Immundefizienz ggf. breiteres Keimspektrum: Amoxicillin/Clav. oder Clindamycin über 10 T

Penicillin V	3 x 1 Mio. - 4 x 1,5 Mio IE/Tag	5-7 T	1h vor den Mahlzeiten
Clarithromycin ¹	2 x 250 – 500 mg	5 T	Alternative bei Penicillin-Allergie ³
Cefalexin ²	2-3 x 250 - 1.000 mg (Höchst-dosis 4g/d)	5 T	

¹ bei alten Patienten und relevanter Co-Medikation Azithromycin statt Clarithromycin (WW, QT-Zeit)

² weitere Alternativen: Cefadroxil, Clindamycin

³ 5-10% der Patienten geben anamnestisch eine Penicillin-Allergie an; Validität dieser Angaben oft unsicher

1.2 Akute Otitis media

*DEGAM-LL Ohrenscherzen//S2k-LL Antibiotikatherapie bei HNO-Infektionen

Ther.: - in der Regel symptomatisch: abschwellendes NS, Analgetika (NSAR, Paracetamol)
- AB erwägen bei: Sgl. < 6Mon, schwere Otitis media, RF (Immundefizienz, Grunderkr., Influenza), Otorrhoe mit persistierenden Beschwerden (Schmerzen und/oder Fieber), bei protrahiertem Verlauf: ÜW HNO

Amoxicillin ⁴	3 x 750 mg (<70 kg) – 3 x 1.000 mg (>70 kg)	5-10 T ⁵	
Amoxicillin/Clav. ^{4,6}	2-3 x 500/125 mg (<40 kg.) – 2 x 875/125 (<70 kg) – 3 x 875/125 mg (>70 kg)	5-10 T ⁵	2. Wahl, auch bei Vorliegen von RF und wiederholten Rezidiven

⁴ Dosierung/Dauer bei Kindern siehe AnTiB Pädiatrie [Antibiotische Therapie](#)

⁵ lt. LL empfohlen – hervorgehoben ist eine Therapiedauer von 7 Tagen

⁶ weitere Alternativen für AB Therapie siehe S2k-LL Antibiotikatherapie bei HNO-Infektionen, Tab.1

1.3 Akute Rhinosinusitis

*DEGAM-LL Rhinosinusitis// S2k-LL Antibiotikatherapie bei HNO-Infektionen:

Ther.: - symptomatisch, nicht antibiotisch
- AB ggf. bei ≥ 3 Symptomen: Fieber >38°C, biphasischer Verlauf, einseitige Beschwerden, starke Schmerzen, erhöhtes CRP

Amoxicillin	3 x 750 mg (<70 kg) – 3 x 1000 mg (>70 kg)	7-10 T	
Amoxicillin/Clav. ⁷	2-3 x 500/125 mg (<40 kg, Leberinsuff.) – 2 x 875/125 (<70 kg) – 3 x 875/125 mg (>70 kg)	7-10 T	2. Wahl

⁷ weitere Alternativen für AB Therapie siehe S2k-LL Antibiotikatherapie bei HNO-Infektionen, Tab.2

1.4 Akute Bronchitis

*DEGAM-LL akuter und chron. Husten

1.4.1 Unkomplizierte Akute Bronchitis:

Ther.: - symptomatisch, nicht antibiotisch

1.4.2 Komplizierte Akute Bronchitis

Amoxicillin	3 x 750 mg (<70 kg) – 3 x 1.000 mg (>70 kg)	5 T	
2. Wahl/Alternativen siehe 1.6.1 AEP ohne RF			

1.5 Ambulant erworbene, leichtgradige Pneumonie (AEP)

Generell: bei mittleren/schweren Verläufen stationäre Einweisung

1.5.1 AEP ohne RF/Komorbidität

Amoxicillin	3 x 750 mg (<70 kg) – 3 x 1000 mg (>70 kg)	5 (-7) T	
Doxycyclin	<70 kg: 1. Tag 1 x 200 mg, dann 1 x 100 mg >70 kg: 1 x 200 mg	5 (-7) T	in leichten Fällen, ggf. bei Penicillin-Allergie ⁸ o. bei V.a. Mykoplasmen
Levofloxacin	2 x 500 mg	5 (-7) T	bei Penicillin-Allergie ⁹
Clarithromycin, Azithromycin ⁹	2 x 500 mg (n. 3 T ggf. Reduktion auf 2 x 250) / 1 x 500 mg (ab 2 T 1x 250 mg)	3-7 T 3 T	bei V.a. Mykoplasmen
Moxifloxacin	1 x 400 mg	5 (-7) T	bei V.a. Legionellen

⁸ 5-10% der Patienten geben anamnestisch eine Penicillin-Allergie an; Validität dieser Angaben oft unsicher

⁹ bei alten Patienten und relevanter Co-Medikation Azithromycin statt Clarithromycin (WW, QT-Zeit).

Cave Azithromycin: lange HWZ, durch subinhibitorische Plasmaspiegel evtl. resistenzfördernd.

1.5.2 AEP mit RF/Komorbidität (inkl. geriatrisch-palliative/palliative Situation)

Amoxicillin/Clav.	2-3 x 500/125 mg (<40 kg) – 2 x 875/125 (<70 kg) – 3 x 875/125 mg (>70 kg)	5 (-7) T	
Levofloxacin	2 x 500 mg	5 (-7) T	bei Pseudomonas-Risiko/Penicillin-All.
Amoxicillin + Gyrasehemmer	3 x 1.000 mg + 2 x 500 mg Ciprofloxacin	5 (-7) T	bei Breitspektrum-Keimrisiko <u>und</u> Pseudomonas-Risiko bspw. COPD

1.6 Akut Exazerbierte COPD (AECOPD)

keine aktuellen Leitlinien-Empfehlungen (Studienlage unzureichend)

- GOLD-Schema A/B/E nur für Festlegung der Inhalativa-Therapie
- genannte Antibiotika-Therapie nur nach strikter Abwägung (Expertenkonsens)
- mittelschwere bis Schwere AECOPD: stationäre Einweisung

1.6.1 Leichte AECOPD

Stockley-Typ I (= Zunahme von Dyspnoe u. Sputummenge)

- Unabh. vom GOLD-Stadium i.d.R. keine AB-Ther., Therapieintensivierung mit Inhalativa, Cortison oral.

Stockley-Typ II (= Typ I plus eitriges Sputum), stadienabhängig:

- **GOLD I-II:** wie oben, ggf. plus AB-Therapie (s.u.), dafür spricht CRP > 40-50 mg/dl und PCT > 0,1ng/ml
- **GOLD III-IV:** ggf. Antibiose

Amoxicillin	3 x 750 mg (<70 kg) – 3 x 1.000 mg (>70 kg)	5 T	
Amoxicillin/Clav	2-3 x 500/125 mg (<40 kg) – 2 x 875/125 (<70 kg) – 3 x 875/125 mg (>70 kg)	max. 5 T	
Clarithromycin	2 x 500 mg (n. 3 T Reduktion auf 2 x 250 mg)	max. 5 T	Alternativ
Azithromycin	1 x 500 mg	max. 5 T	Alternativ, zur HWZ s. Fußnote 1.3.
Doxycyclin	1 x 200 mg	max. 5 T	Alternativ

1.7 Keuchhusten

*DEGAM-LL akuter und chronischer Husten; Ratgeber RKI

Diagnose: PCR aus Nasopharyngeal-Abstrich (Frühphase) → Ausnahmekennziffern 32004/06;

ggf. Serologie (Spätphase, schwierige Beurteilbarkeit); Therapiestart frühestmöglich (1-2 Wo nach Hustenbeginn).

60% der Infektionen bei >18jährigen!

Clarithromycin/ Azithromycin	2 x 500 mg/ 1 x 500 mg (ab Tag 2 Reduktion auf 1x 250 mg)	7 T 5 T	
Cotrimoxazol	2x 800/160 mg	14 T	Cave: lokale Resistenzlage

2 Harnwegsinfektionen

2.1 Akute unkomplizierte HWI *S3-LL Harnwegsinfektionen, Anwenderversion DEGAM)

bei Frauen mit leichter/mäßiger Symptomatik symptomat. Therapie mit NSAR, alternativ AB:

Fosfomycin	1 x 3000 mg abends	1 T	nicht für Männer zugelassen
Nitrofurantoin ret.	2-3 x 100 mg	5 T	Nicht bei GFR < 30ml/min
Nitroxolin	3 x 250 mg	5 T	
Pivmecillinam	2-3 x 400 mg	3 T	

Trimethoprim (2x200mg für 3 T) möglich, wenn lokale Resistenzen für E. coli < 20%

bei Männern: immer Urinkultur und Erregernachweis, antibiotische Behandlung (Therapiedauer ca. 1 Wo, wenig Evidenz)

Pivmecillinam	2-3 x 400 mg	6-7 T	
Nitrofurantoin ret.	2-3 x 100 mg	7 T	Off-Label-Use! Nicht bei Prostatitis

2.2 Pyelonephritis und komplizierte HWI

Diagnostik: Urinkultur und Keimnachweis; schwerer Verlauf stationäre Einweisung

Ciprofloxacin	2 x 500 mg (- 750 mg)	7 T	1. Wahl
Levofloxacin	1 x 750 mg	5 T	1. Wahl
Cefpodoxim	2 x 200 mg	7 T	Schwangere: 1. Wahl

Schwangere: keine Chinolone, ggf. Cefpodoxim, Einweisung erwägen; Männer: Chinolone, Therapiedauer 14 T, ggf. ÜW Urologie

2.3 Rezidivierende HWI (≥ 3 HWI/Jahr od. 2/Halbjahr)

Ther.: Urinkultur, ggf. Wechsel auf anderes AB (s.o.)

Langzeitprävention bei rezidivierenden HWI, falls Antibiose erwogen wird:

Fosfomycin	1x 3000 mg alle 10 Tage	3-6 Mo	
Nitrofurantoin	1 x 50-100 mg	3-6 Mo	Nicht bei GFR < 30ml/min
Trimethoprim	1 x 100 mg	3-6 Mo	

Ggf. selbstinitiiert kurzer Einsatz bei Beschwerden; Ggf. nicht-antibiotische Präventivmaßnahmen (z.B. Östrogen lokal)

2.4 Asymptomatische Bakteriurie: ausschließlich bei Schwangeren behandlungsbedürftig

3 Hautinfektionen / Chirurgische Infektionen

3.1 Paronychie/Panaritium

Ther.: Ruhigstellung, lokal Antiseptika, bei Progredienz: chirurg. Eröffnung; AB fast nie erforderlich (in Ausnahmefällen: Cefalexin, Clindamycin in jeweiliger Dosierung möglich)

3.2 Erysipel

Ther.: Ruhigstellung, Thromboseprophylaxe

Penicillin V	3 x 1,5 Mega	10 (-14) T	gg. S. pyogenes (GAS), 1h vor Mahlz.
Clarithromycin	2 x 500 mg	10 (-14) T	bei Penicillin-Allergie
Clindamycin	3 x 600 mg	10 (-14) T	bei Penicillin-Allergie

Clindamycin: cave Resistenzen, Clostridium-diff-Infektionen

3.3 infizierte Insektenstiche

Ther.: Ruhigstellung, Kühlung, lokal Antiseptika. Lokale antibakterielle Therapie (Fusidinsäure, Mupirocin) wird nicht empfohlen.

Systemische Therapie: bei V.a. Ausbreitung entlang tieferer Gewebsschichten, ggü. Strept- und Staphylokokken wirksam

Amoxicillin/Clav.	2-3 x 500/125 mg (<40 kg) – 2 x 875/125 (<70 kg) – 3 x 875/125 mg (>70 kg)	7 T	
Cephalexin	3 x 1 g	7 T	
Clarithromycin	2 x 500 mg	7 T	bei Penicillin-Allergie
Clindamycin	3 x 600 mg	7 T	bei Penicillin-Allergie

3.4 Phlegmone

mittelschwere bis schwere Fälle (Hand / Gesicht / urogenital): ÜW/EW Chirurgie, i.v.-AB

Ther.: leichte Fälle (begrenzte Ausdehnung)

Cefalexin	3 x 1g	14 T	
Clindamycin	3 x 600 mg	14 T	
Amoxicillin/Clav	2-3 x 500/125 mg (<40kg) - 2 x 875/125 (<70 kg) – 3 x 875/125 mg (>70 kg)	14 T	chron. Inf. / polymikrobiell

3.5 Tierbisse

Ther.: AB-Prophylaxe im Falle frischer tiefer Verletzung od. Verletzung von Gesicht, Hand, Fuß, gelenknah und b. Immundefizienz (vorher vorzugsweise Abstrich), Therapiedauer 3-5 T, Überprüfung Tetanusschutz (Tollwut?);

Amoxicillin/Clav	2 x 875/125 (<70 kg) – 3 x 875/125 mg (>70 kg)	3-5 T	Anaerobier-Wirksamkeit
Moxifloxacin <u>plus</u> Clindamycin (o. Metronidazol)	1x400 plus 3 x 600 mg (bzw. 3 x 500 mg)	3-5 T	bei Penicillin-Allergie

Bei manifester Infektion: Chirurg. Versorgung, AB-Therapiedauer 7-10 T. Schwere Fälle: EW Chirurgie, i.v.-AB

4 Borreliose

4.1 Frühphase

Doxycyclin	1 x 200 mg	10-14 T	bei multiplen Erythema migrans
Amoxicillin	3 x 1.000 mg	14 T	und Lymphozytom: 21 T

5 Divertikulitis

5.1 Akute Divertikulitis

5.1.1 Typ 1 = Akute unkomplizierte Divertikulitis (= ohne oder mit phlegmonöser Umgebungsreaktion)

Ther.: Pat. ohne RF: engmaschige klin. Kontrolle; Pat. mit RF: orale Antibiose, engmaschige Kontrolle, ggf. Einweisung

Amoxicillin/Clav	2 x 875/125 (<70 kg) – 3 x 875/125 mg (>70 kg)	7 T	ggf. 10 - 14 Tage
Ciprofloxacin + Metronidazol	2 x 500 mg + 3 x 400 mg	7 T	ggf. 10 - 14 Tage

Längere Therapiedauer ggf. bei immunsupprimierten Pat.: Immunsuppressiva, Corticoide, Chemother., HIV

5.1.2 Typ 2 = Akute komplizierte Divertikulitis (= mit Abszess oder Perforation)

Ther.: AB i.v., stationäre Behandlung

6 Helicobacter pylori (S2k-Leitlinie)

Therapieindikationen:

- Gastroduodenale Ulkuskrankheit mit Nachweis von *Helicobacter pylori*
- MALT-Lymphom (unabhängig vom *Helicobacter pylori* Status)

Erstlinien-Therapie (frühere Clarithromycin-basierte Triple-Therapie nicht mehr empfohlen)

Bismuth + Tetracyclin + Metronid. (Komb. Pylera®) +PPI	140 mg + 125 mg + 125 mg (4 x tgl.) + PPI⁹ (2 x tgl.)	mind. 10 T	„quadruple“, ggf bei Pen.allergie
Nach erfolgloser primärer 4-fach Therapie sollte eine Resistenztestung erfolgen, erst dann Zweitlinientherapie:			
Clarithromycin + Amoxicillin/Metronidazol + PPI	500 mg (2 x tgl.) + 1000 mg/400 mg (2 x tgl.) + PPI ⁹ (2 x tgl.)	14 T	franz./ital. Schema
Levofloxacin + Amoxicillin + PPI	500 mg (1x tgl.) + 1000 mg (2x tgl.) + PPI ⁹ (2 x tgl.)	14 T	Fluorchinolonhaltige Triple- Therapie

⁹ PPI jeweils in Standarddosierung (Omeprazol 2 x 20 mg, Pantoprazol 2 x 40 mg, Esomeprazol 2 x 20 mg etc.)

Die Basis-Version AnTiB wurde erstellt von der Initiative Bielefelder Hausärzte (IBH) und dem Ärztenetz Bielefeld e.V.

Die vorliegende Version AnTiB-Thüringen wurde im Institut für Allgemeinmedizin UK Jena unter Nutzung aktueller Leitlinien und infektiologischer/pharmakologischer Expertise ergänzt und mit niedergelassenen Haus – und Kinderärzt:innen, Infektiologie und Apotheke des Universitätsklinikums Jena konsentiert. Unterschiedliche Bewertung führte zu geringgradigen Unterschieden zur Bielefelder Version (Azithromycin bei respiratorischen Infekten, Fosfomycin bei HWI).

Beteiligt: Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde (Dr. F. Charrier, Th. Erdmann, M. Rabe, K. Wennemuth);

Pharmazeut:innen (Prof. Dr. Hartmann, Dr. K. Leichenberg, A. Bartz); Infektiologie Dr. O. Joen

Institut für Allgemeinmedizin: Dr. Inga Petruschke, Dr. Paul Jung, Prof. Dr. Jutta Bleidorn (verantwortlich)

Stand: 10.12.2025

Die aktuelle Version sowie weitere Informationen zum Einsatz von Antibiotika sind erhältlich über:

- QR-Code rechts
- Homepage Institut für Allgemeinmedizin Jena www.uniklinikum-jena.de/allgemeinmedizin/
- Kontakt: allgemeinmedizin@med.uni-jena.de

