

Antibiotische Therapie in Bielefeld – AnTiB Frauenheilkunde 2026

Inhalt dieser Aufstellung sind kurzgefasste Empfehlungen für die ambulante Behandlung häufiger Infektionskrankheiten unter Standardbedingungen. Diese wurden von den Bielefelder frauenärztlichen Qualitätszirkeln erarbeitet und mit den Kliniken für Gynäkologie der Bielefelder Krankenhäuser konsentiert und dienen ausschließlich der Kommunikation in und zwischen den beteiligten Arztgruppen. Sie ersetzen nicht die individuelle Beurteilung und Entscheidungsfindung! Abweichungen von den Empfehlungen sind daher möglich, sollten aber begründbar sein. Häufige Abweichungen sollten Anlass geben, die eigenen Behandlungsstrategien zu überdenken.

Eingeschränkt anwendbar sind die Empfehlungen bei Vorliegen besonderer Ausgangsbedingungen wie Grunderkrankung, komplizierter Verlauf, antibiotische Vorbehandlung, Auslandsaufenthalt usw. Für die Inhalte, insbesondere Dosierungen, kann keine Gewähr übernommen werden.

Grundsätze dieser Empfehlungen (vgl. AnTiB Hausarzt 2026 Langversion:

<https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag2/antib/praxis-allg.xml>)

Anamnestiche „Penicillinallergien“ konsequent abklären lassen, ggf. „de-labeln“ (bei 5-10% der Pat. Angabe einer „Penicillinallergie“, in ca. 90% d. Fälle nicht reproduzierbar bzw. valide: s. AnTiB HA Lang)

Die Darstellung erfolgt nachfolgendem Schema: (bevorzugte Therapie auf hervorgehobenem Hintergrund)

Antibiotikum x	Tägl. Anzahl x Höhe der Einzeldosis	Dauer	Bemerkungen
Antibiotikum y			

1. BRUSTENTZÜNDUNGEN

1.1. Mastitis puerperalis

- zunächst konservative Maßnahmen: regelmäßige Brustentleerung, physikalische Maßnahmen Wärme/Kühlung, nichtsteroidale Antiphlogistika z.B. Ibuprofen, Paracetamol
- bei Versagen der konservativen Maßnahmen ist von einer bakteriellen Mastitis auszugehen
- wichtigste Erreger für die kalkulierte Antibiose sind: *S. aureus*, β -hämolyisierende Streptokokken
- vor einer AB-Ther. Gewinnung von Material zur mikrobiologischen Unt. (AWMF-LL 02/2013)

Cefalexin	3 x 1000 mg p.o.	5-10 Tage	Stillen weiterhin möglich bei Penicillin-Allergie ¹ : Makrolid-AB, z.B. Clindamycin 3 x 600 mg
Cefuroxim	2 x 500 mg p.o.	5-10 T	
Flucloxacillin	3 x 1000 mg p.o.	5-10 T	

Quellen: S3-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr. 015/071, Stand 2/2013; Stachs, A. et al. Dt. Ärzteblatt Int. 2019;116:565-73

¹ s.o., Allergiediagnose valide ? ggf. „De-Labeling“

1.2. Mastitis non puerperalis

Clindamycin	3 x 600 mg p.o.	7-10 T	zusätzlich konservative Maßnahmen
Amoxicillin	2 x 875/125 mg	7-10 T	
+ Clavulansäure	p.o.		

Quelle: Stachs, A. et al. Dt. Ärzteblatt Int. 2019;116:565-73

1.3. Abakterielle Mastitis

keine Antibiose, Prolaktin-Hemmer

2. UNTERBAUCHENTZÜNDUNGEN

2.1. Chlamydien

2.1.1 Chlamydien-Zervizitis/-Urethritis bei nicht-schwangeren Frauen

Doxycyclin	2 x 100 mg p.o.	7 T	Partnerkontrolle, ggf. Ther.
Azithromycin	1500 mg p.o.	einmalig	Kontrollabstrich frühestens n. 8 Wo

Quelle: S2k-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr. 059/006, Stand 8/2018 (in Überarbeitung)

2.1.2 Chlamydien-Infektionen in der Schwangerschaft

Azithromycin	1 x 1500 mg p.o.	einmalig	Partnerkontrolle, ggf. Ther.
Erythromycin	2 x 500 mg p.o. oder 4 x 500 mg p.o.	14 T 7 T	obligat: Kontrollabstrich n. 8 Wo cave: kein Erythromycin-Estolat

Quelle: S2k-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr. 059/006, Stand 8/2018 (in Überarbeitung)

2.2. Pelvic Inflammatory Disease (PID) – leichte Form

Ceftriaxon + Doxycyclin	1 x 1-2 g i.m./i.v. 2 x 100 mg p.o.	einmalig 14 T	Partneruntersuchung, ggf. Ther. statt Doxycyclin alternativ Azithromycin: 1,5 g oral Tag 1 + Tag 8
+ evtl. Metronidazol*	2 x 400 mg p.o.	14 T	

* Risikopat., breiteres Erregerspektrum; Quelle: S2k-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr. 059/006, Stand 8/2018 (in Überarbeitung)

2.3. Puerperale Endometritis-Endomyometritis (gesichert)

Clindamycin + Gentamycin	900 mg i.v. 1,5 mg/kg KG i.v. alle 8 h	10-14 T	Förderung des Lochialflusses
-----------------------------	--	---------	------------------------------

Subinvolutio uteri ohne sicheren Hinweis auf Endomyometritis: Förderung des Lochialflusses

Quellen: Mackeen AD Cochrane Database SysRev 2015, Schrey-Petersen S. et al Dt. Ärzteblatt Int. 2021;118:436-46

2.4. Syphilis

2.4.1. Syphilis, Frühform

Benzathin-Benzyl-Penicillin	2,4 Mio. I.E. i.m.	einmalig je 1,2 Mio. I.E. re. und li. gluteal	Kontrollen nach 3, 6, 9 u. 12 Monaten
Alternativ Ceftriaxon	2 g / Tag (Kurzinfusion 30 min)	10 Tage	Kontrollen wie oben
Doxycyclin	2 x 100 mg	14 T	bei Penicillinallergie ¹ ; KI in der Schwangerschaft

Quelle: S2k-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr. 059/002, Stand 4/2020 (in Überarbeitung)

2.4.2. Syphilis, Spätform

Benzathin-Benzyl-Penicillin	2,4 Mio. I.E. i.m.	T 1, 8 und 15
Alternativ Ceftriaxon	2 g / Tag (Kurzinfusion, 30 min)	14 T
Doxycyclin	2 x 100 mg p.o.	28 T

Ab Sekundärstadium Cave: Jarisch-Herxheimer Reaktion → 30-60 Min. vor AB-Gabe 1 mg Prednisolonäquivalent /kgKG

Quelle: S2k-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr. 059/002, Stand 4/2020 (in Überarbeitung)

2.5. Gonorrhoe

Ceftriaxon + Azithromycin	1-2 g i.v. (i.m.) 1500 mg p.o.	einmalig einmalig	geht auch in d. Schwang. Partnerbehandlung
------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---

Bei Ceftriaxon i.m. Zusatz von Lidocain wg. Schmerzhaftigkeit empfohlen

Quelle: S2k-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr.059-006, Stand 8/2018 (in Überarbeitung)

3. HARNWEGSINFEKTE

Harnwegsinfekte gehören auch zum Therapiespektrum von Kinder- und Jugendärzt*innen, Hausärzt*innen und Urolog*innen. Die AnTiB-Empfehlungen der entspr. Fachgruppen weichen z.T. voneinander ab. Dies ist insbes. zu begründen mit unterschiedlichen Altersgruppen bzw. Klientelen.

3.1. Unkomplizierte Harnwegsinfekte

3.1a Antiphlogistische, phytotherapeutische Behandlung

Ibuprofen	3 x 400 mg p.o.	3 T	
Diclofenac	2 x 75 mg p.o.	3 T	
Bärentraubenblätterextrakt z.B. Uva ursi	3 x 2 Tbl p.o.	5 T	
Canephron	3 x 2 Tbl p.o.	7 T	

3.1b Antibiotische Behandlung

Nitrofurantoin RT Nitrofurantoin	2 x 100 mg p.o. 4-6 x 50 mg p.o.	5 T 7 T	KI bei Niereninsuffizienz oder pathol. Leberwerten; ältere Pat. nur bei gesicherter Nierenfunktion
Nitroxolin	3 x 250 mg p.o.	5 T	bisher wenig Erfahrung
Pivmecillinam	3 x 400 mg p.o.	3 T	
Fosfomycin-Trometamol	3000 mg p.o.	einmalig	eher bei jüngeren Frauen Trinkmenge reduzieren !
Trimethoprim	2 x 250 mg p.o.	3 T	nicht 1. Wahl, wenn lokale Resistenz von E. coli > 20 %

Quelle: S3-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr. 043-044, Stand 4/2024

3.2. Rezidivierende Harnwegsinfekte

Vor antibiotischer Ther.: Urinkultur und Resistogramm

Beratung zu Verhaltensempfehlungen

Versuch mit Immunprophylaktikum UroVaxom® 1x tgl für 3 Monate („sollte“-Empf.),
D-Mannose 2g/Tag, Cranberry/Moosbeeren; ggf Strovac-Impfung („kann“-Empf.)

In der PMP (wenn möglich) Estriol vaginal 0,5 mg 2-3 x /Woche

Nitrofurantoin*	1 x 50-100 mg; p.o. tgl.	3-6 Monate	Behandlung nach Urinkultur mit Resistenzbestimmung;
Fosfomycin-Trometamol	1 x 3000 mg alle 10 Tage	3-6 Monate	
Cotrimoxazol**	40/200 mg p.o. tgl. abends	3-6 Monate	
Trimethoprim**	100 mg p.o. tgl.	3-6 Monate	

* KI beachten; Gefahr von Lungenreaktionen; ** erhöhte Resistenzrate; Quelle: S3-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr.043-044, Stand 04/2024

Postkoitale Prävention: Nitrofurantoin 1 x 50-100 mg p.o.

3.3. Harnwegsinfekte in der Schwangerschaft

Amoxicillin + Clavulansäure	2 x 875/125 mg p.o.	7 T	Urinkultur und Resistogramm nach erfolgter Behandlung nur bei klinischer Konsequenz
Pivmecillinam	3 x 400 mg p.o.	3 T	
Fosfomycin-Trometamol	3000 mg	Einmalig	
Cefuroxim	2 x 250 mg	5-7 T	

Bei Schwangerschaft sollten primär Penicilline, Cephalosporine der 2./3. Generation oder Fosfomycin eingesetzt werden
Quelle: S3-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr.043-044, Stand 4/2024

Bei **asymptomatischer Bakteriurie** Behandlung nur bei Risikoschwangerschaft (z.B. bei Z.n. Frühgeburt) nach Urinkultur und Resistogramm

4. VAGINALE INFEKTIONEN

4.1. Trichomoniasis

Metronidazol	1 x 2,0 g p.o.	1 T	Alkoholkarenz, Partnerbehandlung
Metronidazol	2 x 500 mg p.o.	7 T	bei Therapieversagen der Einmaldosis

Quelle: S2k-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr.059-006, Stand 8/2018 (in Überarbeitung)

Embryotox.de (5/2026): Metronidazol kann bei kritisch geprüfter Ind. in der gesamten Schwangerschaft eingesetzt werden

4.2. Bakterielle Vaginose – Aminkolpitis

vor Antibiotikagabe: Versuch mit Antiseptika (Fluomycin N, Vagi-Hex, Octenisept Vag., PVJ*)

Clindamycin**	2 x 300 mg p.o. <u>oder</u> 1 x 5 g intravag. Creme 2%	7 T 7 T	Behandlung nur bei Sympt., keine Partnerbehandlung
Clindamycin**	1 x 100 mg Vag. Ov	3 T	
Metronidazol***	2 x 500 mg p.o. <u>oder</u> 1 x 2 g intravag. Creme 5% 1 x 100 mg Vag. Ov 1 x 1 g Vag. Ov	7 T 7 T 6 T 2 T	

Quelle: S2k-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr. 015-028, Stand 6/2023

* Povidon-Jod (PVJ) nicht in der Schwangerschaft, ** Clindamycin bevorzugt in der Schwangerschaft, *** bei kritischer Indikationsstellung in der SS möglich
danach Unterstützung des vag. Milieus mit VagiC®, Milchsäure, Probiotica

4.3. Kolpitis durch Mykoplasmen

Doxycyclin (U. urealyticum)	2 x 100 mg p.o.	7 T	bei Beschwerden oder hoher Erregerzahl
Azithromycin (M. genitalium)	1 x 500 mg – danach: 1 x 250 mg oder 1 x 1,5-2 g p.o.	T 1 T 2-5 einmalig	in der ganzen SS

Quelle: S2k-Leitlinie AWMF-Reg.-Nr.059-006, Stand 8/2018 (in Überarbeitung)

Ureaplasma parvum 200 mg Doxycyclin p.o. einmalig (Empf.: Uni Münster)

Diese Empfehlungen wurden erarbeitet von den Bielefelder frauenärztlichen Qualitätszirkeln und konsentiert mit den Gynäkologischen Kliniken der Bielefelder Krankenhäuser im Rahmen des Qualitätszirkels *Res Gynaecologica*, Bielefeld-Gütersloh

Zusammenstellung: Dres. med. Brigitte Hinkelmann und Christina Rinkenberger Stand 5/2026

Rückmeldungen an die Herausgeber*innen sind ausdrücklich erwünscht!

Kontakt: antib@posteo.de

Internet: <http://www.antib.de>

AnLiB

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