



#37 Antibiotika in der Schwangerschaft

mit Univ.-Prof. Dr. Markus Zeitlinger

ET: 27.3.2026

Intro

00:00:04

Silvana Strieder: Dieser Podcast wird Ihnen von der Österreichischen Ärzte und Apothekerbank gewidmet. Gründen, Finanzieren, Digitalisieren – die Standesbank ist an Ihrer Seite.

Folge 37. Mein Name ist Silvana Strieder, und ich begrüße Sie herzlich zu einer neuen Episode von ÖAZ im Ohr. Gerade wenn eine bakterielle Infektion in der Schwangerschaft ein Antibiotikum erfordert, entstehen oft große Unsicherheiten: Was ist sicher für das Kind? Was bedeuten die Angaben in der Fachinformation wirklich? Und wie können wir unsere Kundinnen in dieser Lebensphase optimal beraten? Das sind Fragen, die uns heute beschäftigen – und sie sind komplizierter, als man auf den ersten Blick denkt.

Unsere Chefredakteurin Dr. Irene Senn hat dazu Universitätsprofessor Dr. Markus Zeitlinger von der Klinischen Pharmakologie der MedUni Wien zu Gast. Er erklärt, was hinter den Schwangerschaftskategorien A bis X steckt, welche Substanzklassen unbedenklich eingesetzt werden können und welche nicht – und warum das Antibiotikum in vielen Fällen die bessere Wahl ist als die unbehandelte Infektion.

Begrüßung und Vorstellung

00:01:34

Irene Senn: Herzlich willkommen zu einer neuen Folge von ÖAZ im Ohr, dem Podcast der Österreichischen Apothekerzeitung. Mein Name ist Irene Senn, und mein heutiger Gast ist jemand, den viele von Ihnen, liebe Zuhörerinnen und Zuhörer, vielleicht aus Schladming kennen – vom APOkongress, wo er als Tagungspräsident durch vier intensive Fortbildungstage geführt hat. Herr Universitätsprofessor Dr. Markus Zeitlinger leitet die Universitätsklinik für Klinische Pharmakologie an der MedUni Wien am AKH Wien. Er ist Facharzt für Innere Medizin und Klinische Pharmakologie, wissenschaftlicher Experte der europäischen Arzneimittelbehörde EMA und sicher einer der meistzitierten Pharmakologen im deutschsprachigen Raum. Herr Professor Zeitlinger, herzlich willkommen.

Markus Zeitlinger: Danke für die Einladung.

Häufigkeit von Antibiotika-Verordnungen in der Schwangerschaft

00:02:19

Irene Senn: In Schladming haben Sie uns beim APO-Kongress das eine oder andere Mal mit einer zentralen Frage der Medizin und Pharmazie konfrontiert: Was wissen wir – und wo endet die Evidenz? Das gilt sicher nirgendwo so stark wie bei der Pharmakotherapie in der Schwangerschaft. Genau an diesen Punkt wollen wir heute einsteigen. Die erste Frage: Wie häufig kommt es eigentlich vor, dass Schwangere ein Antibiotikum benötigen?

Markus Zeitlinger: Das ist gar nicht so selten. Es hängt ein bisschen vom Stadium der Schwangerschaft ab – über die drei Trimester hinweg nimmt die Häufigkeit zu:

Im ersten Trimester wird bei etwa 4 % der Schwangeren mindestens einmal ein Antibiotikum verabreicht.

Im zweiten Trimester sind es etwa 6 %.

Im dritten Trimester steigt der Anteil auf 8 % – und gipfelt rund um den Geburtszeitpunkt.

Dafür gibt es bestimmte Gründe, über die wir noch sprechen können. Zusammenfassend ist das gar nicht selten – und grundsätzlich nichts, worüber man sich Sorgen machen müsste, wenn Arzt oder Ärztin das einer schwangeren Person so mitteilt.

Irene Senn: Welche Ärztinnen und Ärzte verschreiben klassischerweise Antibiotika für Schwangere?

Markus Zeitlinger: Das ist sehr unterschiedlich. Natürlich gibt es hier einen starken Schwerpunkt bei der Gynäkologie, weil die Patientinnen durch die Schwangerschaft begleiten – aber es können auch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sein.

Die Schwangerschaftskategorien A bis X: Evidenzlage und Klassifizierung

00:03:51

Irene Senn: Ein sehr wichtiger Punkt ist, dass die Evidenz zu Wirkstoffen, die in der Schwangerschaft eingesetzt werden, oft sehr begrenzt ist. Wie kann eine Apothekerin konkret damit umgehen, wenn sie bei der Recherche findet: „Im Tierversuch unbedenklich“? Was bedeutet das?

Markus Zeitlinger: Die Evidenzlage ist nicht ganz einfach. Man kann auf verschiedene Arten an diese Evidenz herangehen. Eine Möglichkeit sind sogenannte Positiv- und Negativlisten – das sind bereits Zusammenfassungen der Evidenz, bei denen man von den Originaldokumenten schon recht weit entfernt ist. Das eigentliche Dokument ist üblicherweise die Fachinformation – im Englischen die SmPC. Dort kann man in die entsprechenden Sektionen schauen und findet dann etwa: „Im Tierversuch gab es keine Auffälligkeiten.“ Damit fällt man in gewisse Detailkategorien hinein.

Man unterscheidet die Kategorien A, B, C, D und X:

Kategorie A: Klinische Evidenz belegt die Unbedenklichkeit in der Schwangerschaft – entweder durch gezielt durchgeführte klinische Studien an Schwangeren (sehr selten), durch Kohortenstudien, Register oder langjährige Markterfahrung.

Kategorie B: Klinisch nicht ausreichend Evidenz vorhanden, jedoch präklinische Daten ohne Befund. Kategorie B ist die komplizierteste, da sie sich in drei Subkategorien unterteilt:

- B1: Studien wurden durchgeführt und haben nichts gezeigt.
- B2: Die durchgeführten Studien sind für eine abschließende Beurteilung nicht ganz ausreichend, zeigen aber keine Auffälligkeiten.
- B3: Präklinische Studien haben Befunde gezeigt, es gibt aber gute Gründe anzunehmen, dass diese für den Menschen nicht relevant sind.

Kategorie C: Aufgrund pharmakologischer Wirkungen oder Nebenwirkungen wurden in der Präklinik Befunde erhoben, es wird jedoch keine Malformation beim Menschen erwartet. Nicht unbedingt empfehlenswert in der Schwangerschaft, aber nicht kategorisch kontraindiziert.

Kategorie D: Präklinisch wurden Malformationen nachgewiesen. Der Einsatz ist nur vertretbar, wenn eine sorgfältige Kosten-Nutzen-Abwägung eindeutig zugunsten von Mutter und Kind ausfllt.

Kategorie X: Strenge Kontraindikation. Es gibt kein Rational mehr, dieses Medikament in der Schwangerschaft einzusetzen.

Kategorie B in der Praxis: Beratung verunsicherter Patientinnen

00:07:49

Irene Senn: Sie haben gesagt, Kategorie B ist die komplizierteste. Was heißt das für die Praxis, wenn eine verunsicherte Kundin vor mir steht?

Markus Zeitlinger: Das Erste, was ich immer mitgeben würde: Es gibt einen Grund für das Antibiotikum. Infektionen in der Schwangerschaft nicht zu behandeln stellt sehr häufig ein viel groeres Risiko für Mutter und Kind dar als eine adquate Behandlung. Das ist die Hauptbotschaft.

Arzt oder Ärztin haben sich etwas überlegt und sind zum Schluss gekommen, dass ein Antibiotikum indiziert ist. Häufig sind das Harnwegsinfektionen oder urogenitale Infektionen, die ein sehr hohes Risiko haben, dass ein Keim auf das ungeborene Kind bertritt – die müssen unbedingt behandelt werden.

Kategorie B ist überdies eine Kategorie, bei der wir durchaus viel Evidenz haben – einerseits für individuelle Substanzen, andererseits auch durch sogenannte Klasseneffekte. Wenn etwa ein bestimmtes Penicillin selbst nur unter Kategorie B fällt, ein benachbartes Penicillin aber unter Kategorie A, ist es nach wie vor als sehr unbedenklich einzustufen.

Generell gilt: Bei Kategorie A oder B können diese Medikamente eingesetzt werden. Allerdings sind Fachinformationen sehr juristische Dokumente – einen klaren Satz wie „Dieses Medikament können Sie unbedenklich in der Schwangerschaft geben" wird man dort kaum finden. Üblicherweise findet sich der Passus „wenn das Kosten-Nutzen-Verhältnis positiv ist" – was eigentlich selbstverständlich sein sollte, aber hier besonders explizit macht, dass Arzt oder Ärztin eine aktive Entscheidung treffen und entsprechende Aufklärungsarbeit leisten müssen. Die Apotheke kann dabei eine wichtige Rolle spielen, weil dort oft noch einmal gezielt Fragen gestellt werden.

Schwangerschaftsstadium und Teratogenität

00:10:15

Irene Senn: Ein anderer entscheidender Faktor ist natürlich, in welcher Schwangerschaftswoche sich die Patientin befindet. Was ist in diesem Punkt zu beachten?

Markus Zeitlinger: Generell geht es um unterschiedliche Dinge. In den ersten drei Monaten gilt, wenn es Teratogenität oder eine Fruchtschädigung gäbe, meist das Prinzip „Alles oder nichts" – das bedeutet entweder einen Abort oder tatsächlich keine Auffälligkeit. Wird das Medikament später in der Schwangerschaft gegeben, vor allem gegen Ende, führt das üblicherweise nicht

mehr zu einem Abort, aber möglicherweise zu Missbildungen. Beides möchte man selbstverständlich vermeiden.

Präklinisch gibt es dafür standardisierte Untersuchungen, die sogenannten Reproduktionstoxizitätsstudien. Diese sind in Segmente unterteilt:

- Kategorie 1: Fertilitätsprüfung – pflanzen sich Tiere, die das Medikament erhalten haben, überhaupt noch fort?
- Kategorie 2: Teratogenität – schwangere Tiere (häufig Mäuse, Ratten oder Kaninchen) erhalten das Medikament; untersucht wird, ob es zu Abort oder Fehlbildungen kommt.
- Kategorie 3: Auswirkungen auf die F₁-Generation – gibt es Fertilitätsprobleme bei den Nachkommen?

Für die klinische Praxis in der Schwangerschaft sind primär Segment 2 – also Abort und Teratogenität – relevant.

Unwissentliche Medikamenteneinnahme in der Frühschwangerschaft

00:11:54

Irene Senn: Wie würde man mit dem Fall umgehen, wenn eine Patientin in den ersten Schwangerschaftswochen noch nicht weiß, dass sie schwanger ist, und ein potenziell problematisches Medikament eingenommen hat?

Markus Zeitlinger: Das ist keine ganz seltene Situation. Hier würde ich zunächst die Patientin – und häufig die werdenden Eltern, die gemeinsam aufschlagen – beruhigen und zuwarten. Die Organscreenings und weiteren Untersuchungen liegen natürlich in den Händen des Gynäkologen, der das besonders sorgfältig im Blick haben wird.

Generell ist das kein Grund, einen Abort zu induzieren, ohne den Sachverhalt gründlich zu prüfen. Im Bereich der Antibiotika gibt es ohnehin sehr wenige Substanzen, die so toxisch wären, dass man sagen müsste: Das Kind ist auf jeden Fall geschädigt, ein Abort ist zu erwägen. Etwas anderes sind natürlich Zytostatika – wenn etwa eine Krebspatientin bereits bei der Zeugung zytotoxische Substanzen erhalten hat, ist das eine gänzlich andere Ausgangssituation.

Penicilline und Cephalosporine: Mittel der ersten Wahl

00:13:03

Irene Senn: Lassen Sie uns nun konkreter werden und über einzelne Wirkstoffe beziehungsweise Wirkstoffklassen sprechen. Sehr häufig kommen schwangere Patientinnen mit einem Amoxicillin-Rezept. Wie ist diese Substanz bzw. die Klasse der Penicilline grundsätzlich zu bewerten?

Markus Zeitlinger: Die gesamte Klasse der Penicilline – und auch die Cephalosporine – sind die Antibiotika, die wir bei Schwangeren am liebsten sehen. Sämtliche Penicilline und Cephalosporine gehören durchgehend zur Kategorie A bzw. Kategorie B. Die Unterscheidung ist dabei nicht auf unterschiedliche Toxizität zurückzuführen, sondern rein auf die vorliegende Evidenzmenge. Amoxicillin ist hinsichtlich Teratogenität grundsätzlich als unbedenklich einzustufen. Es kann allerdings andere Auswirkungen geben – vor allem bei Gabe nahe dem Geburtszeitpunkt. Darüber können wir noch kurz sprechen.

Peripartale Antibiotikaexposition und Mikrobiomschäden

00:13:53

Irene Senn: Über welche Schäden sprechen wir konkret?

Markus Zeitlinger: Es geht vor allem um Mikrobiomschäden. Diese sind nicht mehr in der mittleren Schwangerschaft relevant, sondern erst spät in der Schwangerschaft oder peripartal. Es gibt Studien – darunter eine prospektive Studie, in der Placebo, Makrolide, Amoxicillin/Clavulansäure oder die Kombination verabreicht wurden –, die zeigen, dass Antibiotika das kindliche Mikrobiom schädigen können, da das Kind die Substanzen über den Blutkreislauf mit-bekommt. Der Mikrobiomschaden zeigte sich in dieser Studie unter anderem als relativ schwere Kolitis – mit signifikant höherer Häufigkeit bei Kindern, die peripartal exponiert wurden.

Die Konsequenz: Frühzeitig nach der Geburt kann ein gestörtes Mikrobiom zu Durchfall beim Neugeborenen führen. Die Erholung kann sich über Wochen und Monate hinziehen. Es gibt jedoch eine Studie – aus Irland oder dem Vereinigten Königreich –, die zeigte: Mütter, die gestillt haben, übertrugen durch den engen Körperkontakt ihr eigenes Mikrobiom sehr rasch auf das Kind – und der Mikrobiomschaden erholte sich dadurch deutlich schneller. Das zeigt, wie wichtig frühzeitiges Stillen ist: Nicht nur das Darmmikrobiom, sondern auch das Hautmikrobiom und das nasale Mikrobiom der Mutter werden dabei wie ein Schutzschild auf das Kind übertragen. Und damit ist frühzeitiges Stillen generell ein großes Thema – auch im Kontext der Antibiotikagabe.

Irene Senn: Wie sehen Sie Probiotika in der Apotheke? Sind die indiziert – für das Kind oder für die Mutter, damit das Mikrobiom übertragen werden kann?

Markus Zeitlinger: Dem neugeborenen Kind würde ich Probiotika jetzt nicht unbedingt geben. Der Mutter – warum nicht?

Makrolide: Azithromycin und verwandte Substanzen

00:16:24

Irene Senn: Dann kommen wir zurück zu den konkreten Wirkstoffen. Eine weitere häufige Substanz ist Azithromycin. Wie ist hier Ihre Einschätzung?

Markus Zeitlinger: Die Makrolide sind grundsätzlich ebenfalls größtenteils Kategorie B, können also gegeben werden und haben relativ wenig Kollateralschäden. Sie sind natürlich das Mittel der Wahl bei Penicillinallergie. Bei Harnwegsinfektionen sind Makrolide allerdings seltener einsetzbar als Beta-Lactam-Antibiotika; bei Sinusitis oder Infektionen des oberen Respirationstrakts sind sie hingegen eine gute Option.

Fosfomycin bei Harnwegsinfektionen in der Schwangerschaft

00:17:04

Irene Senn: Harnwegsinfektionen sind eine häufige Indikation in der Schwangerschaft. Die S3-Leitlinie empfiehlt Fosfomycin als erste Wahl. Was macht es zu einer guten Wahl in der Schwangerschaft?

Markus Zeitlinger: Es gibt eine sehr gute Evidenz. Fosfomycin gehört zur Kategorie A – aus großen Studien wissen wir, dass es keine negative Beeinflussung des Kindes gibt. Pharmakokinetisch ist es sehr speziell: Es hat ein relativ geringes Verteilungsvolumen, passiert zwar die Plazenta, wird aber sehr rasch wieder ausgeschieden und zu nahezu 100 % unmetabolisiert über den Urin eliminiert. Damit erreicht es im Urin sehr hohe Konzentrationen.

Fosfomycin hat zwei verschiedene Anwendungsbereiche:

- Intensivmedizin: hochdosiert intravenös über längere Zeit
- Ambulant/Apotheke: Single-Shot-Therapie für Harnwegsinfektionen – mit optionaler zweiter Dosis nach ärztlichem Ermessen

Irene Senn: Die kurze Einnahmedauer minimiert ja auch die Exposition für den Fetus.

Markus Zeitlinger: Absolut.

Kontraindizierte Substanzklassen: Aminoglykoside und Tetracycline

00:18:22

Irene Senn: Wir haben nun über die bevorzugt anzuwendenden Substanzen gesprochen. Was steht am anderen Ende?

Markus Zeitlinger: Die beiden Substanzklassen, die absolut kontraindiziert sind, sind die Aminoglykoside und die Tetracycline:

Tetracycline haben massive Wechselwirkungen mit dem Knochenstoffwechsel und dem Innenohr – Auswirkungen, die wir auch beim Erwachsenen kennen.

Aminoglykoside gehören zur Kategorie D oder sogar Kategorie X und kommen für Schwangere nicht in Frage.

Für bestimmte Infektionen sind diese Substanzen beim Erwachsenen durchaus sinnvoll – in der Schwangerschaft jedoch nicht anwendbar.

Fluorochinolone: Differenzierte Bewertung

00:19:03

Irene Senn: Wo ordnen Sie die Fluorochinolone ein?

Markus Zeitlinger: Das ist eine spannende Frage. Viele Ärztinnen und Ärzte würden spontan sagen: „Fluorochinolone auf keinen Fall geben.“ In Wirklichkeit gehören sie eher in die Kategorie B2 bis B3: Es liegen präklinische Daten vor, die Knorpelschäden bei intrauterin exponierten Tieren zeigten – diese haben sich beim Menschen aber nie bestätigt. Fluorochinolone können also, wenn sie indiziert sind, grundsätzlich gegeben werden.

Allerdings ein wichtiges Aber: Fluorochinolone gehören nicht in die Hand des Hausarztes oder Gynäkologen, sondern in den Bereich der Infektiologie. Sie sind in den letzten Jahren erfreulicherweise zunehmend aus dem niedergelassenen Bereich verschwunden – aus meiner Sicht allerdings noch nicht so stark, wie es sein sollte. Ein Ciproxin hat bei einer unkomplizierten Harnwegsinfektion nichts zu suchen. Das muss man ganz klar sagen.

Antibiotika in der Stillzeit: Abstillen oder nicht?

00:20:06

Irene Senn: Über die Stillzeit haben wir vorhin kurz gesprochen. Muss das Stillen immer unterbrochen werden, wenn eine stillende Mutter ein Antibiotikum einnehmen muss? Muss das Stillen immer unterbrochen werden? Hängt das von der Substanzklasse ab?

Markus Zeitlinger: Nein, gar nicht. Das hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Es kommt darauf an, welche Substanz verwendet wird. Wenn es sich um eine Substanz handelt, die nicht in relevantem Ausmaß in die Muttermilch übergeht – und hier haben wir wieder gute Karten bei den bereits genannten Substanzen, also Fosfomycin und allen Beta-Lactam-Antibiotika –, dann bekommt das Kind nur etwa 2 bis 3 % der Mutterdosis ab. In diesen Fällen wird heute empfohlen, das Stillen nicht zu unterbrechen, da die Unterbrechung mehr Nachteile für das Kind bringt als Vorteile.

Anders verhält es sich bei Substanzen, die sich stark in fettreichen Flüssigkeiten anreichern – dazu zählen Tetracycline und Fluorochinolone. Hier würde ich eher zum Abstillen raten. Katastrophal wäre in diesem Kontext Chloramphenicol – das gibt man allerdings nicht mehr. Wenn man diese Substanzen überhaupt geben muss, liegt üblicherweise bereits eine sehr schwere Situation vor, die eine intensivisierte Beratung oder sogar eine Hospitalisierung der Mutter erfordert – womit das Abstillen in diesem Fall oft von selbst folgt.

Informationsquellen für die Beratungspraxis

00:21:34

Irene Senn: Welche Datenbanken oder Ressourcen empfehlen Sie grundsätzlich? Wo können Apothekerinnen und Apotheker nachschlagen, wenn sie sich unsicher sind?

Markus Zeitlinger: Es gibt verschiedene Reviews, die mehr oder weniger aktuell sind. Aus meiner Sicht macht es am meisten Sinn, in die Originaldaten zu gehen – also in die Fachinformation für das jeweilige Medikament. Alles andere ist Sekundärinformation. Natürlich gibt es auch Regelwerke wie den „Thalhammer“, wo man nachschlagen kann, welche Medikamente für die Schwangerschaft geeignet sind. Die Fachinformation hat man als Apothekerin oder Apotheker aber üblicherweise sehr schnell zur Hand – und sie ist die zuverlässigste Quelle.

Pharmakovigilanz: Wie wird Evidenz nach der Zulassung generiert?

00:22:09

Irene Senn: Schwangere werden sehr selten bis gar nicht in klinische Studien eingeschlossen – das ist schlicht nicht möglich. Können Sie kurz skizzieren, wie viele Daten man eigentlich bräuchte, um eine Fehlbildung in der Schwangerschaft festzustellen?

Markus Zeitlinger: Das ist schwierig, weil man zwei Dinge unterscheiden muss: Signalgenerierung und Signaldetektion. Bei einer klinischen Studie hängt es nur von der Häufigkeit der Nebenwirkung ab. Als Faustregel gilt: Um eine Nebenwirkung mit ausreichender Sicherheit zu detektieren – das heißt, mindestens drei Fälle zu erfassen –, muss man die erwartete Häufigkeit mit dem Faktor 6 multiplizieren.

Beispiel: Bei einer Häufigkeit von 1 zu 10 würde man 60 Patientinnen benötigen, um drei zu detektieren – das wäre noch realisierbar.

Bei einer seltenen oder sehr seltenen Nebenwirkung (1 zu 1.000 oder 1:10.000 oder seltener) ergibt sich eine Zahl, die in einer prospektiven Studie bei Schwangeren niemals erreichbar wäre. Das kann man kategorisch ausschließen.

Deshalb spielt die Pharmakovigilanz eine so entscheidende Rolle: Hier kann man auf zigtausende bis hunderttausende Patientinnen zugreifen und Signale generieren – allerdings nur bei Substanzen, die tatsächlich häufig eingesetzt werden. Das schließt sich der Kreis: Substanzen wie Amoxicillin, die häufig gegeben werden, haben die beste Evidenz und damit eine Kategorie-A-Einstufung und damit unbedenklich.

Pharmakovigilanz-Programme: Strukturierte Erfassung nach der Zulassung

00:24:32

Irene Senn: Gibt es konkrete Programme, wie diese Pharmakovigilanz strukturiert erfasst wird – was also nach der Zulassung passiert?

Markus Zeitlinger: Selbstverständlich – dazu gibt es von der EMA zentrale Programme. Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Patientinnen und Patienten können seit etwa einem Jahrzehnt Nebenwirkungen einmelden. National werden diese Meldungen über eine zuständige nationale Stelle an die zentrale Eudravigilance-Datenbank weitergeleitet und dort aufbereitet. Das Ganze geschieht in enger Abstimmung mit dem Zulassungsinhaber. Ein erkanntes Signal fließt dann zur Fachinformation zurück: Die Zulassungsbehörde setzt den Trigger, das Unternehmen muss die Anpassung umsetzen, und die neue Fachinformation wird national oder EU-weit aktualisiert.

Wie die Signaldetektion funktioniert, haben wir in der COVID-Pandemie sehr anschaulich beobachten können – durch die große Zahl neuer Impfungen und die intensive Überwachung.

Irene Senn: Wäre es umgekehrt wünschenswert, jede Schwangerschaft unter Therapie einzumelden – auch wenn nichts passiert ist –, um die Evidenz zu stärken?

Markus Zeitlinger: Theoretisch ja – aber so funktioniert es leider nicht, weil die Datenbank ausschließlich als Nebenwirkungsdatenbank konzipiert ist. Was man macht: Man vergleicht die gemeldeten Nebenwirkungen mit den verabreichten Dosen und rechnet zurück, bei wie vielen Patientinnen nichts passiert ist. Das ist methodisch limitiert, weil bei weitem nicht jede Nebenwirkung gemeldet wird. Es gibt aber etablierte Modelle, die die Melderate berücksichtigen. Eine Vigilanzdatenbank liefert keine Datenqualität wie eine klinische Studie – wo ich exakt wüsste, bei wie vielen nichts passiert ist und bei wie vielen etwas eingetreten ist.

Fazit

00:26:37

Irene Senn: Gibt es zum Abschluss noch etwas, was Sie den Apothekerinnen und Apothekern mitgeben möchten?

Markus Zeitlinger: Ich glaube, man sollte sich vor Antibiotika in der Schwangerschaft nicht fürchten – und das muss man auch den Patientinnen und Patienten klar so mitteilen. Unbehandelte Infektionen wären deutlich gefährlicher. Wenn jemand ein Antibiotikum braucht:

Antibiotika sind extrem gute, extrem sichere Medikamente. Es gibt wenige Substanzen in der Geschichte der Medizin, die einen so grundlegenden Unterschied gemacht haben. Bitte geben Sie das Antibiotikum nicht nur aus, sondern sprechen Sie der Patientin auch zu – und schwenken Sie nicht auf irgendwelche Alternativpräparate um. Wenn die Schwangere das Antibiotikum eine Woche nehmen muss und es dann gut ist, dann soll sie das bitte auch wirklich nehmen.

Irene Senn: Herzlichen Dank, Herr Professor Zeitlinger. Sie haben uns gezeigt, dass Unsicherheiten kein Grund zur Panik sind – natürlich auch kein Grund zur Sorglosigkeit. Aber in der Apotheke heißt es: gut beraten, gut einordnen und wissen, wann man beruhigen kann.

Markus Zeitlinger: Absolut.

Irene Senn: Vielen Dank für das Gespräch.

Markus Zeitlinger: Sehr, sehr gerne.

Outro

00:27:47

Silvana Strieder: Das war Episode 37 von ÖAZ im Ohr zum Thema Antibiotika in der Schwangerschaft – mit Universitätsprofessor Dr. Markus Zeitlinger von der MedUni Wien im Gespräch mit meiner Kollegin Dr. Irene Senn. Wir hoffen, dass die heutigen Informationen Ihre Beratungspraxis bereichern und Ihnen helfen, Patientinnen in einer sensiblen Lebensphase kompetent zu begleiten.

Das Thema Schwangerschaft zieht sich auch durch die aktuelle Ausgabe der ÖAZ – mit mehreren lesenswerten Beiträgen:

Mag. Malena Brenneck beleuchtet, was die aktuelle Evidenz zur Sicherheit von Paracetamol in der Schwangerschaft wirklich sagt und wie die mediale Verunsicherung rund um ADHS und Autismus sachlich einzuordnen ist.

Mag. Kyra Lang widmet sich der Phytotherapie in der Schwangerschaft und Stillzeit: Welche pflanzlichen Mittel können eingesetzt werden, wo liegen die Grenzen und wie gelingt die Beratung zwischen Traditionswissen und Evidenz?

Außerdem finden Sie einen praxisorientierten Überblick zu den häufigsten Fragen rund um COVID-, Schwangerschafts-, Ovulations-, HIV- und Stuhltests – inklusive Beratungstipps zu Anwendung, Aussagekraft und Red Flags.

Alle Inhalte der ÖAZ sind online auf oeaz.at verfügbar. Mit der Text-to-Speech-Funktion können viele Beiträge auch bequem angehört werden. Haben Sie Rückmeldungen oder Themenwünsche, schreiben Sie uns gerne an redaktion@apoverlag.at.

In diesem Sinne: Bleiben Sie neugierig, gut informiert – und denken Sie daran: Ihr Wissen ist die beste Medizin.

Dieser Podcast richtet sich an Fachkreise und dient der Vermittlung von allgemeinem Wissen über pharmazeutische und medizinische Themen. Es werden keine konkreten Therapieempfehlungen oder individuelle Ratschläge für Laien gegeben. Die Inhalte ersetzen keinesfalls den Besuch bei einer Ärztin, einem Arzt, einer Apothekerin oder einem Apotheker.