

Infektiologie - Therapieempfehlungen

Erstellt von: Daniela Puhan, Sabitha Vilan, Felix Huber

aktualisiert: 8/2019

Inhaltsverzeichnis

Dermatologie

Balanitis	2
Bisswunde	2
Condylomata accuminata	2
Erysipel	3
Erythema chronicum migrans	3
Herpes simplex	3
Herpes zoster	4
Impetigo	4

Gastroenterologie

Diarrhö	4
Divertikulitis	5
Helicobacter pylori	5

Gynäkologie

Adnexitis	5
Lues/Syphilis	5
Mastitis	6
Vaginale Infekte	6
Zervizitis	6

Neurologie

Meningitis	6
Meningitisprophylaxe	7

Ophthalmologie

Bakterielle Konjunktivitis	7
----------------------------	---

ORL

Otitis media	8
Sinusitis	8
Streptokokken-A-Angina	8

Pneumologie

Bronchitis/COPD	9
Pertussis	9
Pneumonie	9

Urologie

Akute Pyelonephritis	10
Epididymoorchitis	10
Harnwegsinfekte	10
Prostatitis	11
Urethritis	11

Antibiotika bei Niereninsuffizienz

12

Impressum

13

Aktualisierung 11/2018:

In der aktualisierten Version wurde vor allem die Dauer der Antibiotikagabe fast durchgängig verkürzt. Es geht dabei um die empirische Behandlung. Sobald ein Erreger gefunden wird, muss die Antibiotikabehandlung angepasst werden, gemäss S. 48 in: [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen](#).

Aktualisierung 1/2019:

Beim unkomplizierten HWI-Infekt (s. S. 10) ist **Fosfomycin single dose** nur Antibiotikum 2. Wahl (wg. unterlegener Wirksamkeit im Vergleich mit Nitrofurantoin). Fosfomycin bleibt aber laut SGIInf weiterhin ein geeignetes Antibiotikum für Patientinnen, bei denen nur wenige Antibiotika-Optionen bestehen.

Aktualisierung 8/2019:

Bei akuter COPD-Exazerbation kann der Einsatz von Antibiotika über den CRP-Wert gesteuert werden (s. S. 9).

DERMATOLOGIE

Krankheitsbild	Therapie 1. Wahl	Therapie 2. Wahl
Balanitis		
Balanitis bakteriell Brennen, Rötung, Schwellung, Exsudation, Erosion	Betadine® Salbe, Bäder mit Tannosynt®	
Balanitis Candida Juckreiz, dann Erythem und weisse Stippchen	Clotrimazol 2 % topisch oder Multilind® Heilpaste	
<p>Bemerkungen: Diabetes mellitus?, bei rezidivierender Balanitis unter SGLT-2-Hemmer ggfls. Absetzen des Medikaments. DD: M. Bowen, Psoriasis, M. Behcet, Herpes.</p> <p>Prophylaxe bakteriell: Reinigen mit Wasser nach jedem Urinieren und gut trocken tupfen. Evtl. Einlegen eines Mullstreifens in den Präputialraum mit antiseptischen Zusätzen.</p> <p>Prophylaxe Pilze: Reinigung mit Olivenöl, keine Seifen.</p> <p>Quellen: Urologielehrbuch.de, Balanitis Altmeyers Enzyklopädie, Balanitis simplex Altmeyers Enzyklopädie, Balanitis candidamycetica Altmeyers Enzyklopädie, Bakterielle Balanitis</p>		

Bisswunde (falls infiziert ggfls. Kultur)

Hunde	Therapiedauer i. A. 3–5 d AM-CL 3 x 1 g/d, falls infiziert für 5–10 d alternativ: AM-CL 2 x 1 g/d für 7–10 d Kinder: AM-CL 25 mg/kgKG q 12 h p.o. für 5 d	Doxycyclin 2 x 100 mg/d und Clindamycin 3 x 300 mg/d Kinder: Clindamycin 10–20 mg/kgKG q 8 h p.o + TMP-SMX 5/25 mg/kgKG q 12 h p.o.
Katze	Therapiedauer 3–5 d AM-CL 3 x 1 g/d, meist infiziert, deshalb eher 5–10 d alternativ: AM-CL 2 x 1 g/d für 7–10 d Kinder: AM-CL 25 mg/kgKG q 12 h p.o. für 5 d	Doxycyclin 2 x 100 mg/d und Clindamycin 3 x 300 mg/d
Mensch	AM-CL 3 x 1 g/d für 5 d bei frühem Behandlungsbeginn und ohne Infektzeichen AM-CL 3 x 1,2 g/d i.v., wenn später Therapiebeginn und Infektzeichen Kinder: AM-CL 25 mg/kgKG q 12 h p.o. für 5 d	Clindamycin 3 x 300 mg/d und Ciprofloxacin 2 x 500 mg/d Ev. PEP erwägen

Bemerkungen: Ruhigstellung mit Schiene. Hundebisse sind meldepflichtig. Allg: Tetanus-Impfstatus?, Katzen bis zu 80 % infektiös → Therapie; Hunde zu 5 % infektiös → Therapie bei schwerer Wunde oder Komorbidität (Diabetes). **Quelle:** Inselspital Bern und USZ (2015).

Condylomata accuminata

Condylomata accuminata	Podophyllotoxin 0,5 % (Condyline®) 2 x/d während 3 d, dann 4 d Pause, Zyklus 4 (–6) x wiederholen (wird von praktizierenden Dermatologen und Gynäkologen aufgrund schlechter Effektivität nicht empfohlen)	Imiquimod 5 %, Aldara® 3 x/Woche (z. B. Tag 1, 3, 5) vor dem Schlafen (6–10 h belassen), max. 16 Wochen (sehr teuer: 12 Sachets CHF 143.35, für 4 Wo. Therapie, Supp. von Kantonsapotheke erhältlich)
-------------------------------	---	---

Bemerkungen: HIV-Test, Empfehlung Praktiker: Kryotherapie (2 x 5"); mechanische Abtragung; Podophyllotoxin 20 % 1 x/Wo. durch Arzt; Elektrodesikkation; Lasertherapie.
Quelle: Sanford, 2010.

Erysipel

Erysipel/Phlegmone	AM-CL 3 x 625 mg/d p.o. für 5–7 d	Clindamycin 3 x 300–450 mg/d p.o. für 5–7 d
---------------------------	-----------------------------------	---

Bemerkungen: Allgemein: Ruhigstellung und Hochlagerung der betroffenen Extremität, kühlende Wickel. Aus pharmakokinetischer Sicht ist eine 3 x tägliche Dosierung von 625 mg AM-CL vermutlich vorteilhafter gegenüber 2 x 1 g/d.
Quelle: Schweiz Med Forum 2013; 13(35): 672-677.

Erythema chronicum migrans

Erythema chronicum migrans Keine Serologie nötig und häufig falsch negativ	Doxycyclin 2 x 100 mg/d oder 1 x 200 mg/d, für 7–14 d oder bei multiplem ECM für 21 d	Amoxicillin 3 x 500 mg/d, für 7–14 d Cefuroxim 2 x 500 mg/d für 7–14 d Kinder (< 8 J.): Amoxicillin 20 mg/kgKG 3 x/d für 14–21 d
--	---	---

Bemerkungen: neueste Daten betreffend Vorgehen: [SGINE](#).

Quelle: [Guidelines.ch: Borrelien, Lyme Erkrankung](#).

Herpes simplex

Herpes simplex genitalis Primoinfekt oder Rezidiv	Valaciclovir 2 x 500 mg/d p.o. für 5–10 d (Primoinfekt) oder für 3–5 d (Rezidiv)	Famciclovir 3 x 250 mg/d p.o. für 5–10 d (Primoinfekt) oder Famciclovir 2 x 125 mg/d p.o. für 5 d (Rezidiv)
Herpes simplex genitalis (Rezidive) Bei > 6 Rez. oder wenn subj. stark belastend (Suppressionsth.), Therapiedauer für 6–12 Monate	≥ 10 Rezidive pro Jahr: Valaciclovir 2 x 250 mg/d p.o. < 10 Rezidive pro Jahr: Valaciclovir 1 x 500 mg/d p.o. oder Selbstmedikation bei ersten Anzeichen! Famciclovir 1'000 mg, 2 Dosen im Abstand von 12 h Valaciclovir 1'000 mg, 2 Dosen im Abstand von 12 h	Acyclovir 2 x 400 mg/d p.o. oder Famciclovir 2 x 250 mg/d p.o.
Herpes labialis Prophylaktische Therapie, wenn keine Prodromi und > 6 x/Jahr und Wohlbefinden stark beeinträchtigt	Acyclovir 2 x 400 mg/d Dauer: maximal 6–12 Monate	Valaciclovir 1 x 500 mg/d
Herpes labialis (Rezidiv)	Keine Therapie nötig topisch: Penciclovir 1 % (Fenivir® Creme) 2-stündlich tagsüber	Selbstmedikation – bei ersten Anzeichen: Valaciclovir 2 x 1'000 mg/d, 1 d Famciclovir 2 x 1'500 mg/d, 1 d

Bemerkungen: Während Schwangerschaft: Acyclovir. Allgemein: Eine Therapie hat keinen Einfluss auf Rezidive.

- Zusätzlich therapeutisch: Analgetika wie Acetylsalicylsäure, NSAR
- Akutphase: Sitzbäder oder Kompressen mit Jod-haltigen Lösungen (Betadine®/Braunol®, 1:10 verdünnt), Eichenrindenextrakt (Tannosynt® flüssig), Schüttelpinselungen
- Abheilendes Stadium: aufweichende Externa (Bepanthen® Salbe, Betadine® Salbe)
- Therapeutischer Effekt unabhängig vom Behandlungszeitpunkt; grundsätzlich trotzdem Therapiebeginn bei Prodromi (Ziehen/Brennen), **vor sichtbaren Läsionen**. Beschleunigung der Abheilung um ca. 1 Tag
- Vor langfristiger Rezidivprophylaxe-Therapie (allenfalls) Nachweis mittels Abstrich.

Quellen: [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen](#), [Guidelines.ch: Genitaler Herpes \(HSV 1 & 2\)](#).

Gingivostomatitis herpetica Primärinfektion bei Kindern (bei 5–10 % der Kinder)	NSAR z. B. Voltaren bis 3 x 1 mg/kgKG/d, solange Schmerzen bestehen Keine antivirale Therapie	Acyclovir 20 mg/kgKG q 6 h p.o. für 7 d Valaciclovir 20 mg/kgKG q 8 h p.o. für 7 d
---	--	---

Bemerkungen: Topische Medikamente werden wegen mangelnder Wirksamkeit nicht empfohlen.

Quelle: [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen](#).

Herpes zoster

Herpes zoster	Valaciclovir 3 x 1'000 mg/d für 7 d	Famciclovir 3 x 500 mg/d für 7 d
Herpes zoster bei schwerer Immundefizienz	Acyclovir i.v. → hospitalisieren	

Bemerkungen:

Therapiebeginn < 72 h nach Beginn der Symptome (ab Prodromi oder Hauteffloreszenzen) kann Krankheitsdauer (inkl. postherpetische Neuralgie) verkürzen. Bei Immunsuppression, älteren Patienten, Lokalisation im Gesichtsbereich kann auch nach 72 h noch mit Therapie begonnen werden¹. Kortikosteroide sind ohne eindeutigen Nutznachweis in der PHN-Prophylaxe. Varizellen-Impfung bei Kindern zwischen 11–15 J., welche keine Varizellen hatten

Zusätzliche Therapie mit:

Analgetika: Paracetamol, NSAR, Tramadol. Kein Pregabalin (Lyrica®) im akuten Ausbruch!

Topische Therapie: desinfizierende Schüttelpinselung, Silbersulfadiazin-Creme oder Austrocknung mit einer Cremepaste.

Risikofaktoren für Entwicklung einer **postherpetischen Neuralgie**: Alter > 50 J., Prodromalschmerzen, mittelstarke bis starke Schmerzen im Initialstadium des HZ, Herpes zoster ophthalmicus

Behandlung der postherpetischen Neuralgie:

- Antidepressiva (Trizyklika): z. B. Amitriptylin 25 mg/d, steigern entsprechend Verträglichkeit und Wirkung
- Gabapentin oder Pregabalin, wenn Trizyklika nicht gegeben werden können. Nicht bei Niereninsuffizienz!
- Analgetika: Opioide (zurückhaltend einsetzen, in geringer Dosis einsetzbar zur Überbrückung bis Trizyklika wirken). Paracetamol, NSAR
- Lokalthherapie: Capsaicin (0,025 % Creme; Lidocain-haltige Externa (z. B. Emla® Creme oder Patch), Neurodol®-Pflaster
- Physikalische Methoden (TENS, Nervenblockade).

Quelle: Inselspital Bern, ¹Sanford 2010.

Impetigo

Impetigo: nicht-bullös	Desinfizierende (jodhaltige) Seife Topisch: Fucidinsäure oder wenn disseminiert: Cefuroxim 15 mg/kgKG q 12 h p.o. für 5 d	Clindamycin 10 mg/kgKG q 8 h p.o.
-------------------------------	---	-----------------------------------

Bemerkungen: Antibiotikaresistenzen: anresis.ch.

Quelle: [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen](#).

GASTROENTEROLOGIE

Krankheitsbild	Therapie 1. Wahl	Therapie 2. Wahl
----------------	------------------	------------------

Diarrhö, mit oder ohne Reiseanamnese

Ohne Fieber, wässrig (Viren, enteritische Salmonellen, Campylobacter, ETEC, VTEC/EHEC, Giardien, Vibrio cholerae) Stuhluntersuchung nur bei Patienten im Lebensmittelbereich oder bei V. a. Cholera oder Giardien	Keine AB-Therapie, kein Labor, evtl. Motilitätshemmer Cave: bei VTEC/EHEC-Epidemie sind AB kontraindiziert! Bei Cholera: 1 x 1 g Azithromycin	Ciprofloxacin 2 x 500 mg/d für 3–5 d
Blutig (Dysenterie) (Campylobacter, Yersinia, Shigellen, EIEC) Immer Stuhluntersuchung	Empirische Therapie wenn febril, > 65 J., Immunsuppression: Azithromycin 1 x 500 mg/d für 3 d (bei Asienrückkehrern immer Therapie 1. Wahl), sonst je nach Erreger Kinder: Azithromycin 10 mg/kg für 3 d	
Cl. difficile assoziierte Diarrhö	Metronidazol 3 x 500 mg/d für 10 d	Beim ersten Rezidiv auch Metronidazol

Bemerkungen: Bei gutem bis regelrechtem AZ und fehlendem Hinweis für Dysenterie kann symptomatisch behandelt werden. **Antibiotika-Therapie indiziert** bei mässiger bis schwerer Diarrhö (> 4 ungeformte schleimige oder blutige Stühle/d, Fieber); vermehrte Resistenzen sind auch für Ampicillin und TMP-SMX beschrieben.

Quelle: [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen](#), siehe auch [mediX Guideline Diarrhö](#).

Divertikulitis

Divertikulitis	AM-CL 3 x 625 mg/d für 7–10 d ¹	Ciprofloxacin 2 x 500 mg/d + Metronidazol 3 x 500 mg/d für 14 d
-----------------------	--	---

Bemerkungen: Bei engem Monitoring kann auf AB verzichtet werden. Gemäss Brit. J. of Surgery, 2012: Unkomplizierte Divertikulitis (afebril, CRP < 100 mg/l, Lc < 10⁴, keine Immunsuppression: Schmerzmittel und keine Antibiotikatherapie, da Raten für Perforation/Abszess unter Antibiotika oder NSAR vergleichbar. Kolonoskopie 2–6 Wochen nach Abheilung, Verlauf: 30–40 % bleiben asymptomatisch, 30–40 % episodisch Abdominalkrämpfe, 30 % erneute Divertikulitis.

Quelle: [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen.](#)

Helicobacter pylori

Helicobacter pylori-Eradikation	Tripeltherapien für 7–14 d <ul style="list-style-type: none"> • Pantoprazol 40 mg + Clarithromycin 500 mg + Amoxicillin 1000 mg je 2 x/d • Pantoprazol 40 mg + Clarithromycin 500 mg + Metronidazol 500 mg je 2 x/d • Pantoprazol 40 mg + Amoxicillin 1'000 mg + Levofloxacin 500 mg je 2 x/d 	Bismut-haltige Vierfachtherapie <ul style="list-style-type: none"> • PPI 2 x/d, Pylera® 4 x 3 Tbl (Kombitablette aus Bismut 140 mg, Tetracyclin 125 mg, Metronidazol 125 mg)
--	---	--

Bemerkungen: Bei der Wahl des Therapieregimes sollen Penicillin-Allergie, frühere AB-Behandlung, Resistenzlage, Migrationshintergrund und Patientenpräferenz berücksichtigt werden → Einzelheiten s. **mediX Guideline Dyspepsie**. PPI sind grundsätzlich 30 min **vor** Mahlzeit und AB 30 min **nach** Mahlzeit einzunehmen¹.

HP-Testung: Ausreichenden Zeitabstand einhalten: mindestens 2 Wochen nach PPI-Therapie, mind. 4 Wochen nach AB-Eradikationstherapie.

Soll/Sollte-Indikationen zur Eradikation bei HP-Nachweis: Ulkuskrankheit, MALT-Lymphom, Risikopatienten zur Karzinomprävention (korpusdominante HP Gastritis, Pangastritis, atrophische Gastritis, erstgradig Verwandte mit Ca., Adenome, PPI-Dauerbehandlung), ASS- und NSAR-Dauerbehandlung, ITP, M. Ménétrier, lymphozytäre Gastritis.

Kann-Empfehlung zur Eradikation: Funktionelle Dyspepsie, ungeklärter Eisenmangel, asymptomatische HP-Gastritis.

Quelle: ¹gemäss Gastroenterologie USZ

Gynäkologie (STD)

Krankheitsbild	Therapie 1. Wahl	Therapie 2. Wahl
Adnexitis (PID)		
Adnexitis (PID)	Ceftriaxon 1 x 1 g/d i.v. für 5 d <i>plus</i> Metronidazol 3 x 500 mg/d i.v./p.o. für 5 d <i>plus</i> Doxycyclin 2 x 100 mg/d i.v./p.o. für 14 d Falls GO positiv → Ceftriaxon für 7 d (Zugabe von Metronidazol bei Patienten mit Verdacht auf Abszess)	Moxifloxacin 1 x 400 mg/d i.v./p.o. <i>plus</i> Metronidazol 3 x 500 mg/d i.v./p.o.

Bemerkungen: Erreger: C. trachomatis, Gonokokken, Enterobakteriaceen, Anaerobier, M. hominis.

¹Hospitalisation bei Schwangerschaft, AZ-Verminderung (hohes Fieber, Nausea, Erbrechen, starke Schmerzen), Abszess, kein Ansprechen auf p.o. Therapie innerhalb 48–72 h.

Quelle: [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen.](#)

Lues/Syphilis

Primäre, sekundäre Syphilis und frühe Latenzphase (Infektion < 1 Jahr) Screening mit TPPA	Benzathin-Benzylpenicillin 2,4 Mio IE i.m. (je 1,2 Mio IE gluteal re und li), Test of cure: VDRL od. Rapid-Plasma-Reagin (RPR) nach 3, 6 und 12 Monaten	Bei Penicillin-Allergie: Doxycyclin 2 x 100 mg/d für 14 d oder Ceftriaxon 1 g/d i.m./i.v. für 8–10 d wenn nur Exanthem auf Penicillin
Infektion > 1 Jahr Neurosyphilis oder HIV → Überweisung an Infektiologen	Benzathin-Penicillin G (2,4 Mio IE) i.m. 1 x/Wo für 3 Wo.	Doxycyclin 2 x 100 mg/d für 28 d

Bemerkungen: Benzathin-Penicillin muss über die Kantonsapothek bezogen werden! Prophylaxe der Jarisch-Herxheimer-Reaktion (v. a. bei Therapie der Frühsyphilis): Prednison 1 x 50 mg 30 min vor Injektion. Paracetamol mitgeben. Zeitgleiche Behandlung der regelmässigen Sexualpartner ist Voraussetzung für langfristigen Therapieerfolg.

Quellen: [Guidelines.ch: Syphilis / Lues](#), [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen.](#)

Mastitis

Mastitis postpartum	Flucloxacillin 3 x 500 mg/d p.o. für 5–7 d	Cefuroxim 3 x 500 mg/d p.o. <i>oder</i> Clindamycin 3 x 300 mg/d p.o. für 5–7 d
----------------------------	--	--

Vermehrtes Stillen kann die Abheilung beschleunigen, sofern kein Abszess. Bei Abszess: Inzidieren und Abstillen.

Vaginale Infekte

Bakterielle Vaginose (Aminkolpitis, Gardnerella-Infekte)	Metronidazol 2 g an Tag 1 und 3 (also 2 Gaben) oder Clindamycin Vaginal-Creme für 7 d	Metronidazol 2 x 500 mg/d p.o. für 7 d
--	---	--

Bemerkungen: Behandlung symptomatischer Pat.; asymptomatische Pat. nur präoperativ vor Abort-Curetage oder Hysterektomie. **Vor Antibiotikatherapie kann zunächst eine Lokalthherapie mit Fluomizin Ovula versucht werden.** Partnerbehandlung nicht indiziert ausser bei Balanitis. Schwangerschaft: Metronidazol oder Clindamycin für 7 d p.o.1. Man vermutet, dass STD-Übertragungen durch eine Therapie reduziert werden können.

Vaginalmykose	Lokale Therapie für 3 Tage Clotrimazole (Corisol® Creme und Ovula, Fungotox® Creme und Ovula, Imazol®- und Imacort® Creme), Econazol (Gynopevaryl® Ovula und Pevaryl® Creme): werden von KK übernommen; Von KK nicht übernommen: Kombi-Produkte wie Gyno Canesten® und Gyno-Pevaryl-Combi® für 3 Tage	Fluconazole 1 x 150 mg/d 1 d
----------------------	---	------------------------------

Bemerkungen: Während Schwangerschaft: Clotrimazole oder Nystatin.

Zervizitis

Chlamydien oder Gonokokken Test of cure nach 3 Wochen mittels PCR	Azithromycin 1 g p.o. (als Einmaldosis) <i>plus</i> Ceftriaxon 0,5 g i.m. (als Einmaldosis) (500 mg Ampulle mit 2 ml Lidocain 1 % mischen und 2 ml injizieren)	Azithromycin 2 g p.o. (als Einmaldosis) <i>plus</i> Gentamicin 240 mg i.m. (als Einmaldosis), nur wenn Ceftriaxon i.m. nicht möglich!
Chlamydien Schwangerschaft₁ < 20. SSW	Erythromycin 4 x 500 mg/d für 7 d	Amoxicillin 3 x 500 mg/d für 7 d
Chlamydien Schwangerschaft₁ > 20. SSW	Azithromycin 1 g Einmaldosis	

Bemerkungen: Immer Partnermitbehandlung! Während 7 d ab Therapiebeginn kein ungeschützter GV.
Chlamydien: Nachweis mittels PCR in 1. Portion Morgenurin oder Spontan-Urin nach 2–3-stündiger Miktionskarenz.
Partnerbehandlung mit Azithromycin 1 g Einzeldosis. In Schwangerschaft Doxycyclin und Fluorchinolone (Ofloxacin) kontraindiziert. Frauen: Vaginalabstrich; immer auf Gonokokken und Chlamydien. Chinolonresistente Gonokokken v. a. im fernem Osten.

Quelle: 1 Handbuch Geburtshilfe USZ 06.

Bemerkungen: Partnerbehandlung. Finden sich bei 20–30 % der Schwangeren. Bedeutung für SS-Komplikationen nicht eindeutig bewiesen, deshalb in SS nur bei Symptomen oder Risiko für Frühgeburt oder Blasensprung behandeln wegen Gefahr der neonatalen Pneumonie. **Quelle:** Inselspital Bern, Handbuch Geburtshilfe USZ 06.

NEUROLOGIE

Krankheitsbild	Therapie 1. Wahl	Therapie 2. Wahl
----------------	------------------	------------------

Meningitis

Meningitis Erwachsene → Hospitalisation!	Bei akutem Verlauf: Ceftriaxon 2 g Kurzinfusion – zuvor BK abnehmen, dann ad Spital, wenn möglich: Dexamethason 10 mg i.v.	
Meningitis Kinder → Hospitalisation!	Ceftriaxon 100 mg/kgKG i.v./i.m., MTD (Maximum Tolerated Dose): 4 g/d	

Bemerkungen: Vor Therapie 2 Blutkulturen abnehmen.

Quelle: [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen.](#)

Meningitisprophylaxe

Meningitisprophylaxe Meningokokken	Erwachsene: Ciprofloxacin 1 x 500 mg, Rifampicin 2 x 600 mg/d für 2 d, Ceftriaxon 250 mg i.m. oder Kurzinfusion ¹ Schwangerschaft/Stillen: Ceftriaxon 1 x 250 mg i.m. oder Kurzinfusion ² Kinder < 14 J.: Rifampicin 10 mg/kgKG 2 x/d für 2 d, Ceftriaxon 1 x 125 mg i.m. oder als Kurzinfusion (falls > 50 kgKG: 1 x 250 mg) Säuglinge < 1 Monat: Rifampicin 5 mg/kgKG 2 x/d für 2 d, Ceftriaxon 1 x 125 mg i.m. oder Kurzinfusion	Bei fehlender Alternative: Ciprofloxacin 1 x 10 mg/kgKG
--	--	---

Bemerkungen: Chemoprophylaxe für Kontaktpersonen: 1. die im gleichem Haushalt leben, 2. die im gleichen Zimmer geschlafen haben, 3. die Nasen-Rachensekretien des Erkrankten ausgesetzt waren (intime Küsse, Reanimation, Intubation, nasotracheales Absaugen) und wenn ein Kontakt 10 Tage vor Diagnosestellung oder bis 24 h nach Therapiebeginn stattgefunden hat.

Quellen: ¹ Schweiz. Med. Forum, Nr.9, Feb. 2002, ² Schweiz. Med. Forum, Nr. 42, Okt 2002.

OPHTHALMOLOGIE

Krankheitsbild	Therapie 1. Wahl	Therapie 2. Wahl
Bakterielle Konjunktivitis		
Bakterielle Konjunktivitis (Erwachsene)	Topisches Antibiotikum Tobramycin 0,3 % Tropfen alle 4 h 1–2 Tropfen für 5–7 d	Polymyxin/Neomycin/Gramicidin Tropfen
<p>Bemerkungen: Cave Kortisonzusatz: Kunstfehler bei Keratitis! Linsenträger sollten diese bis zur Abheilung nicht tragen. Desinfizierung der Linsen und des Behälters. Bakterielle Konjunktivitiden heilen i. A. spontan ab, eine Behandlung verringert jedoch die Dauer der Beschwerden und setzt die Ansteckungsgefahr herab. Eine bakterielle Konjunktivitis sollte sich unter Therapie nach 1–2 d bessern¹. Grundsätzlich ist eine verzögerte AB-Therapie (Beginn nach 3 d persistierenden Symptomen) vorzuziehen². Einfacher Score zum Therapieentscheid: 2 verklebte Augen: +5, 1 verklebtes Auge: +2, Juckendes Auge: –1, Konjunktivitis in Vorgeschichte: –2. Schwellenwert für Therapie: > 2³.</p> <p>Quellen: ¹ Primary Care 2005;5: Nr49-50, ² BMJ online 2006 Jul 17, ³ BMJ 2004;329:206-210, Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen.</p>		
Bakterielle Konjunktivitis (Kinder)	Neomycin, Polymyxin (Spersapolymyxin [®] , ab 2 J. auch Neosporin [®] möglich), Tag eins bis 2-stdl, danach 2 x/d. Bis 1 Jahr: auswaschen, wenn hartnäckig ev. Fucidinsäure (Fucithalmic Gel [®]), Tag eins ev. 4-stdl, danach 2 x/d 2 Tage über Symptombefreiheit behandeln (Spersapolymyxin [®] auch möglich, da Fucidin nur gegen Staphylokokken wirksam)	
Hordeolum, Chalazion, Blepharitis	Initial keine AB Lidrandhygiene und warme Kompressen	Fusidinsäure, Bacitracin

Bemerkungen: Lidhygiene: auswaschen mit normalem Leitungswasser, ev. mit Kamillentee, ggfls. Tränenkanal massieren¹.

Quelle: ¹ D. Nadal/Ch. Berger: Bakterielle Infektionen beim Kind, 2003.

ORL

Krankheitsbild	Therapie 1. Wahl	Therapie 2. Wahl
Otitis media		
Otitis media (Erwachsene)	Amoxicillin 3 x 750 mg/d p.o. für 5 d Initial keine AB! Beobachten und abschwellende Nasentropfen, NSA	Cefuroxim 2 x 500 mg/d p.o. für 5 d Bei schwerer Penicillinallergie Doxycyclin 2 x 100 mg/d p.o. für 5
Bemerkungen: Primär abschwellende Nasentropfen und antiphlogistische und analgetische Medikamente, AB nur bei Persistenz der Schmerzen über 3 d unter symptomatischer Therapie! Bei zweiter Episode innert 1 Monat Amoxicillin/Clavulansäure 1 g bid p.o. Quelle: Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen.		
Otitis media (Kinder) Analgesie und Reevaluation nach 24 h (< 2 J.) bzw. nach 48 h (≥ 2 J.), falls AZ erhalten und keine Risikofaktoren (Trommelfellperforation, bds. Befund, HNO-Fehlbildungen, Immundefizienz, «otitis prone child») oder Anzeichen für beginnende Mastoiditis, Fazialisparese etc.	Amoxicillin 25 mg/kgKG 2 x/d p.o. 5(–10 d) Fieberpersistenz > 72 h, Rezidiv innert 4 Wo: Amoxicillin-Clavulanat 40–45 mg/kgKG 2 x/d p.o. für 5(–10) d, siehe Bemerkungen	Clarithromycin bei Penicillin-Allergie 7,5 mg/kgKG 2 x/d 5 d Cefuroxim 15 mg/kgKG in 2 Dosen/d 5(–10) d → siehe Bemerkungen
Bemerkungen: 10 d Therapie wenn < 2 J., TF-Perforation oder Otitis-prone-Kind (Otitis prone: > 2 Episoden/6 Monate oder 4 Episoden/Jahr). Quelle: Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen.		
Sinusitis		
Sinusitis (Erwachsene)	Amoxicillin 3 x 750 mg/d p.o. für 7 d oder AM-CL 2 x 1 g/d für 5–7 d	Cefuroxim 2 x 500 mg/d für 5–7 d oder Doxycyclin 2 x 100 mg/d für 5 d _s
Bemerkungen: AB-Therapie reserviert für Patienten mit schwerem Verlauf > 4 d, die mit abschwellenden Nasentropfen, NSAR (und topischen Steroiden) vorbehandelt sind und unter Gesichts-, Kiefer- und purulentem Nasensekret leiden oder kein Ansprechen innert 7 d. Quellen: Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen , Guidelines.ch: Sinusitis .		
Sinusitis (Kinder)	AB nur wenn > 10 d Symptome, Fieber > 39 °	AM-CL 25 mg/kgKG q 12 h p.o. für 10 d Cefuroxim 15 mg/kgKG q 12 h p.o. für 10 d Clarithromycin 7,5 mg/kgKG q 12 h p.o. für 10 d
Bemerkungen: Ein geeignetes AB sollte zu einem prompten klinischen Ansprechen innert 48 h führen, andernfalls AB-Wechsel. Evtl. Wechsel auf Clindamycin. Quelle: Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen.		
Streptokokken-A-Angina		
Strept-A-Angina (Erwachsene) AB nur bei pos. Streptokokken-Test und ausgeprägter Klinik An HIV denken bei Fieber > 38 °	Amoxicillin 3 x 375 mg/d für 5 d Penicillin 3 x 1 Mio IE/d für 8 d	Bei Penicillin-Allergie: Clarithromycin 2 x 500 mg/d für 5 d Cefuroxim 2 x 500 mg/d für 5 d
Bemerkungen: Asymptomatische Träger nach Therapie: keine weiteren Massnahmen. Penicillin ist das einzige AB, dessen Wirksamkeit in der Prävention des rheumatischen Fiebers gut dokumentiert ist. Quellen: Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen , Guidelines.ch: Tonsillitis .		

Strept-A-Angina (Kinder)	Amoxicillin 25 mg/kgKG q 12 h p.o für 7 d	Penicillin V 50'000 E/kgKG q 12 h p.o. für 10 d Bei Penicillin-Allergie: Clarithromycin 7,5 mg/kgKG/d in 2 Dosen, max. 500 mg/d für 10 d Clindamycin 10 mg/kgKG/d in 3 Dosen, max. 1,8 g/d für 10 d
---------------------------------	---	---

Quelle: [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen.](#)

PNEUMOLOGIE

Krankheitsbild	Therapie 1. Wahl	Therapie 2. Wahl
----------------	------------------	------------------

Bronchitis, COPD

Bronchitis akut (Infekt der unteren Atemwege) (Husten, Dyspnoe, Schmerzen, Wheezing)	Viral, keine antibiotische Therapie! (kann aber in Betracht gezogen werden bei insulinabhängigem Diabetes, > 75-Jährigen, Herzinsuffizienten)	
Exazerbation COPD Bei Zunahme Dyspnoe, Sputumvolumen, Husten → Impfungen nicht vergessen!	Leichte bis mittelschwere Exazerbationen bei Patienten mit einem FEV1 > 50 %: Zunächst höhere Dosis der bronchodilatator. Therapie und orale Kortikosteroide (Prednison 25–50 mg/d für 5 d). Engmaschige Kontrolle nach 24–48 h entscheidet über zusätzliche AB-Therapie mit Antibiotika (→ s. Bemerkungen) Antibiotika: TMP-SMX 2 x 960 mg/d, für 5–7 d, AM-CL 3 x 625 mg/d für 5–7 d	Doxycyclin 2 x 100 mg/d für 5–7 d

Bemerkungen: siehe auch mediX Guideline COPD. **Bei Exazerbation nicht reflexartig Antibiotika verschreiben!** Zunächst CRP bestimmen: Keine Antibiotika bei **CRP ≤ 40 mg/l**. Bei **CRP > 40 mg/l** und Vorliegen aller 3 Anthonisen-Kriterien (Zunahme der Dyspnoe, Zunahme der Sputummenge und Vorliegen eines eitrigen Sputums) können ev. Antibiotika verschrieben werden, aber nicht zwingend. Immer jedoch sofort systemische Steroide und nach 2 Tagen noch einmal einbestellen.

Quellen: [Guidelines.ch: Infektexazerbierte COPD](#), N Engl J Med 2019; 381: 111-120.

Pertussis

Diagnostik bei Verdacht: - Husten < 2 Wochen: PCR oder Kultur aus Nasenabstrich - Husten 2–3 Wochen: PCR oder Kultur oder IgG-anti-PT - Husten > 3 Wochen: IgG-anti-PT (IgG-anti-PT nur verwertbar wenn in den letzten 12 Monate keine Impfung gegen Pertussis)	Therapie: Kurativ nur in den ersten 2 Wochen, danach nur zum Schutz von Säuglingen unter 6 Monaten: Azithromycin: 10 mg/kgKG/d in 1 Dosis für 5 d (ab Geburt möglich) Clarithromycin: 15 mg/kgKG/d in 2 Dosen für 7 d (ab 1 Monat möglich) TMP-SMX: 8 mg TMP/kgKG/d für 14 d (ab 2 Monaten möglich)	Postexpositionelle Chemoprophylaxe (siehe Therapie): Für exponierte asymptomatische Mitarbeiter ohne anzunehmende Immunität gegen Pertussis, welche Kontakt zu Säuglingen jünger als 6 Monate aufweisen und für exponierte Säuglinge unter 6 Monaten
---	--	--

Verdacht: schwere Hustenattacken, asymptomatisch im Intervall, Dauer > 2 Wochen.

Quellen: BAG und Schweiz Med Forum 2014;14(7):127–130.

Pneumonie (ambulant)

Pneumonie (Erwachsene) (Fieber > 4 d, Husten, Dyspnoe), Kombination von 2 Wirkstoffen nur bei Hochrisikopatienten und schweren Verläufen (Hospitalisation!)	AM-CL 2 x 1 g/d* oder Doxycyclin 2 x 100 mg/d Dauer: 3–5 Tage länger als das Fieber anhält.	Clarithromycin 2 x 500 mg/d, Azithromycin 1 x 500 mg/d Levofloxacin 1–2 x 500 mg/d, Moxifloxacin 1 x 400 mg/d
---	--	--

Bemerkungen: CRB-65-Score: je 1 Pkt für: Verwirrtheit, Atemfrequenz ≥ 30/min, diastolischer BD < 60 mmHg und/oder systol. BD < 90 mmHg, Alter ≥ 65 J. **Interpretation:** **0 Pkt:** ambulante Therapie. **1 Pkt:** ambulante Th. ev. möglich (eher stationär bei Alter > 65 J. und relevanten Komorbiditäten). **≥ 2 Pkte:** Hospitalisation und i.v.-Therapie empfohlen.

* AM-CL 2 x 1 g/d ist der Dosierung von 3 x 625 mg/d hinsichtlich Wirksamkeit ebenbürtig, verursacht aber weniger Durchfälle.

Quelle: Antibiotika-Richtlinien USZ, 2016.

Pneumonie (Kinder)	Amoxicillin 40 mg/kgKG q 12 h p.o. für 5 d Falls keine Besserung innert 48 h → Ausschluss Pleuraerguss und Clarithromycin 7,5 mg/kgKG q 12 h p.o. für 10 d	AM-CL 40 mg/kgKG q 12 h p.o. Cefuroxim 15 mg/kgKG q 12 h p.o. für 5 d
---------------------------	---	--

Quelle: [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen](#)

UROLOGIE

Krankheitsbild	Therapie 1. Wahl	Therapie 2. Wahl
----------------	------------------	------------------

Akute Pyelonephritis

Akute (unkomplizierte) Pyelonephritis (meist Frauen 18–40 J, febril, costoverbrale Schmerzen)	Ciprofloxacin 2 x 500 mg/d p.o. für 7–10 d, bei Männern für 14 d oder TMP-SMX 2 x 1/d für 10–14 d	Bei Risiko für schweren Verlauf (Sepsis, Erbrechen, > 65 J. etc.): Ceftriaxon 1 g qd i.v. bis Resistenzprüfung (oder Gentamicin 5 mg/kgKG i.v.) oder – bei Erregerresistenz gegenüber Ciprofloxacin und TMP-SMX – für 10 d
---	---	--

Bemerkungen: Immer Urinkultur bei Pyelonephritis. Urin- und Blutkulturen vor Therapiebeginn!

Quelle: [SGINF: Behandlung von unkomplizierten Harnwegsinfektionen, SGINF Guideline](#)

Epididymoorchitis

Epididymoorchitis₁ V. a. sexuell übertragene Erreger (Gonorrhoe, Chlamydien)	1 x 500 mg Ceftriaxon i.m. einmalig und Azithromycin einmalig 1 g	
Epididymoorchitis₁ V. a. aufsteigende Harnwegsinfektion	Ciprofloxacin 2 x 500 mg/d für 10 d	Levofloxacin 1 x 500 mg/d für 10–14 d

Bemerkungen: Antibiotische Therapie nur bei Infektverdacht. Zusätzlich Bettruhe, Hochlagerung Scrotum, NSAR₂.

Quellen: ₁ [Urologielehrbuch.de: Epididymitis](#), ₂ Sanford Guide, 2010.

Harnwegsinfekte

Kinder afebriler HWI₁	TMP-SMX 5/25 mg/kgKG q 12 h p.o. für 5 d	Je nach Antibiogramm: AM-CL 25 mg/kgKG q 12 h p.o. Cefuroxim-axetil 15 mg/kgKG q 12 h p.o. Ciprofloxacin 10 mg/kgKG q 12 h p.o.
Kinder febriler HWI₁	Ceftibuten (Cedax®). Tag 1: 2 x 9 mg/kgKG/d, max. 400 mg/d, Tag 2–10: 1 x 9 mg/kgKG/d ₁	AM-CL (457 mg/5 ml): < 2 J. (bis 40 kg): 25–50 mg/kgKG/d in 2 Dosen > 2 J.: 50–75 mg/kgKG/d in 2 Dosen

Bemerkungen: febriler HWI: Hospitalisation wenn < 3 Monate od. septisch od. keine Entfieberung innert 24–48 h.

Erreger: zu 80 % E.coli, des weiteren: Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Citrobacter, Staphylokokkus saprophyticus,

Enterokokkus, selten Staphylokokkus aureus.

Indikation für weitere Abklärung muss individuell beurteilt werden₂.

Quellen: ₁ [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen](#), ₂ D. Nadal/Ch. Berger: Bakterielle Infektionen beim Kind, 2007. Siehe auch [mediX Guideline HWI Kinder](#)

Unkomplizierter HWI bei Frauen₁ Nie behandeln wenn asymptomatisch! (auch nie screenen, ausser in SS)	TMP-SMX 2 x 1/d für 3 d oder Nitrofurantoin 2 x 100 mg/d für 5 d Auf Wunsch der Patientin kann auch zugewartet werden mit AB (z. B. Einnahme erst nach 48 h wenn keine Besserung)	Fosfomycin single dose oder AM-CL 3 x 500/125 mg/d für 3 d oder Cefuroxim 2 x 500 mg/d für 7 d oder Norfloxacin 2 x 400 mg/d für 3 d
Bei jungen Frauen mit Rezidiv₁ ≥ 3 HWI/Jahr mit Kulturnachweis → Prophylaxe	Vor Beginn Urinkultur TMP-SMX forte 1x/d oder alle 2 d (es bestehen keine Empfehlungen betreffend Therapiedauer, allg. 6–12 Monate) ₁	Nitrofurantoin 100 mg p.o. 1 x/d

Schwangere₁	Nitrofurantoin 2 x 100 mg/d für 3–5 d (nicht im 3. Trimenon) oder Fosfomycin einmalig 3 g,	Cefuroxim 2 x 500 mg/d für 3–5 d, AM-CL 2 x 500/125 mg/d für 3–5 d
Postmenopausal	Estriol Creme, intravaginal für 8 Monate (z. B. Ovestin® Ovula oder 1 Applikatorfüllung/d für 2–3 Wo., danach 2 x/Wo.)	
Männer₁ Es muss immer ein komplizierter HWI ausgeschlossen werden (d. h. immer Urinkultur, Ausschluss STD) Überweisung an Urologie nur wenn rezidivierend oder Pyelonephritis	TMP-SMX forte 2 x 1/d für 7 d Bei V. a. Mitbeteiligung der Prostata Behandlungsdauer 2–3 Wo. (Fieber, dolente Prostata bei DRU)	Nitrofurantoin 2 x 100 mg/d für 5 d oder Norfloxacin 2 x 400 mg/d, für 3 d

Bemerkungen: siehe auch [mediX Guideline HWI \(Erwachsene\)](#).

Beim Mann: Weitere Abklärungen mit Frage nach Restharn bei zusätzlichem Verdacht auf Prostatitis, Antibiotikaresistenz. Datenbank: [anresis.ch](#).

Quelle: ¹ [SGINE: Behandlung von unkomplizierten Harnwegsinfektionen](#), ² [SGINF Guideline](#)

Prostatitis (Restharnsuche!)

Prostatitis akut (Urikult!) Je nach Anamnese an STD denken, dann PCR auf N. gonorrhoeae, C. trachomatis	Ciprofloxacin 2 x 500 mg/d für 21 d Moxifloxacin 1 x 400 mg/d für 7 d bzw. bis Erreger gefunden	TMP-SMX forte 2 x 960 mg/d für 21 d
---	--	-------------------------------------

Bemerkungen: NSAR gegen Entzündung geben.

Prostatitis, chronisch-bakteriell (Kultur von Prostatasekret vor Therapiebeginn aus Ejakulat)	Bei Gram-neg. Stäbchen: Ciprofloxacin 500 mg alle 12 h für 4–6 Wo. Kultur negativ oder V. a. atypische Erreger: Doxycyclin 2 x 100 mg/d p.o. für 2–4 Wo.	
---	---	--

Bemerkungen: Bei Klinik von Prostatitis und negativem Kulturresultat von Urin und Prostatasekret an C. trachomatis denken. Rezidive häufig, dann längere AB-Therapie. Bei chronischer Prostatitis wird Levofloxacin empfohlen, das Chlamydien mit abdeckt, was bei Ciprofloxacin nicht der Fall ist.

Quelle: [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen](#).

Urethritis

Urethritis Gonokokken, Chlamydien Partner mitbehandeln!	Azithromycin 1 g p.o. als Einmaldosis plus Ceftriaxon 0,5 g i.m. als Einmaldosis (500 mg Ampulle mit 2 ml Lidocain 1 % mischen und 2 ml i.m. injizieren)	Azithromycin 2 g p.o. als Einmaldosis plus Gentamicin 240 mg i.m. als Einmaldosis, nur wenn Ceftriaxon i.m. nicht möglich!
Bei klinischem Versagen auf Standardtherapie: Mycoplasma genitalium, Trichomonas, Herpes und Adenoviren möglich	Moxifloxacin 1 x 400 mg/d p.o. für 7 d	

Quelle: [Guidelines.ch: Ureaplasma / Mykoplasma](#), [Inselgruppe Bern: Richtlinien für den Gebrauch von antimikrobiellen Substanzen](#).

Anhang

Antibiotika – Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz

- Dosierungen im Arzneimittelkompendium bei Niereninsuffizienz sind meist nicht ganz korrekt, v. a. wenn hohe Dosierungen eingesetzt werden müssen. Deshalb Dosierungen bei Niereninsuffizienz nachschauen, z. B. im Sanford oder Nachfragen bei Nephrologen/Infektiologen
- Patienten an der Hämodialyse, CAPD etc. → Nachfragen bei Nephrologen/Infektiologen
- Acyclovir, Gentamicin und Vancomycin: siehe entsprechendes Kapitel im Anschluss
- Cave: Die Dosis hängt von der Indikation ab, mitberücksichtigen!

Amoxicillin

Kreat-Cl > 60 ml/min: 4–6 x 2 g i.v.
Kreat-Cl 30–60 ml/min: 3–4 x 2 g i.v.
Kreat-Cl 10–30 ml/min: 2–3 x 2 g i.v.
Kreat-Cl < 10 ml/min: 2 x 500–1'000 mg i.v.

Amoxicillin/Clavulansäure

Kreat-Cl > 30 ml/min: 2 x 1 g p.o. oder 3 x 1,2–2,2 g i.v. (bis 6 x 2,2 g i.v.)
Kreat-Cl 10–30 ml/min: 2–3 x 625 mg p.o. oder 2 x 1,2–2,2 g i.v. (*)
Kreat-Cl < 10 ml/min: 2 x 625 mg p.o. oder 1 x 1.2 g i.v. (*)

Cefepime

Kreat-Cl > 50 ml/min: 2–3 x 2 g i.v.
Kreat-Cl 30–50 ml/min: 1–2 x 2 g i.v.
Kreat-Cl 10–30 ml/min: 1 x 1–2 g i.v.
Kreat-Cl < 10 ml/min: 1 x 0,5–1 g i.v.

Ceftazidim

Kreat-Cl > 50 ml/min: 3 x 2 g i.v.
Kreat-Cl 30–50 ml/min: 2 x 2 g i.v.
Kreat-Cl 10–30 ml/min: 1 x 2 g i.v.
Kreat-Cl < 10 ml/min: 1 x 0,5–1 g i.v.

Ciprofloxacin

Kreat-Cl > 30 ml/min: 2 x 500–750 mg p.o (2 x 400 mg i.v.)
Kreat-Cl 10–30 ml/min: volle Dosis, bei zusätzlicher Leberinsuffizienz 50 % der Dosis
Kreat-Cl < 10 ml/min: per os: 50 % der Dosis, max 750 mg/d (i.v.: 1 x 400 mg)

Clarithromycin

Kreat-Cl > 30 ml/min: 2 x 250–500 mg p.o.
Kreat-Cl < 30 ml/min: 2 x 250 mg p.o.

Ertapenem

Kreat-Cl > 50 ml/min: 3–6 x 2 g i.v.
Kreat-Cl 30–50 ml/min: 3–4 x 2 g i.v.
Kreat-Cl 10–30 ml/min: 2–3 x 2 g i.v.
Kreat-Cl < 10 ml/min: 2 x 1–2 g i.v.

Fluconazol

Kreat-Cl > 50 ml/min: 100 % der Dosis
Kreat-Cl < 50 ml/min: 50 % der Dosis

Meropenem

Kreat-Cl > 50 ml/min: 3 x 1–2 g i.v.
Kreat-Cl 25–50 ml/min: 2 x 1–2 g i.v.
Kreat-Cl 10–25 ml/min: 2 x 0,5–1 g i.v.
Kreat-Cl < 10 ml/min: 1 x 0,5–1g i.v.

Penicillin G

Kreat-Cl > 50 ml/min: 6 x 3 Mio. E
Kreat-Cl 10–50 ml/min: 4 x 3 Mio. E
Kreat-Cl < 10 ml/min: 3 x 3 Mio. E

Piperacillin/Tazobactam

Kreat-Cl > 30 ml/min: 3 x 4,5 g i.v.
Kreat-Cl < 30 ml/min: 2 x 4,5 g i.v.

SMX/TMP

Kreat-Cl > 30 ml/min: 100 % der Dosis
Kreat-Cl 10–30 ml/min: 50 % der Dosis
Kreat-Cl < 10 ml/min: kein SMX/TMP geben (ausser bei PjP [Pneumocystis jirovecii Pneumonie]*)

*Bei sehr hoch zu dosierenden Therapien (Endocarditis, Meningitis) Rücksprache mit Nephrologen/Infektiologen.

(Quelle: KSB, [KS Baden: Antibiotika Empfehlungen 2018](#)).

MPRESSUM

Diese Guideline wurde im November 2017 erstellt. Letzte Änderung: August 2019.

© Verein mediX

Herausgeber:

Dr. med. Felix Huber

Redaktion (verantw.):

Dr. med. Uwe Beise

Autoren:

Dr. med. Daniela Puhan

Dr. med. Sabitha Vilan

Dr. med. Felix Huber

Diese Guideline wurde ohne externe Einflussnahme erstellt. Es bestehen keine finanziellen oder inhaltlichen Abhängigkeiten gegenüber der Industrie oder anderen Einrichtungen oder Interessengruppen.

mediX Guidelines enthalten therapeutische Handlungsempfehlungen für bestimmte Beschwerdebilder oder Behandlungssituationen. Jeder Patient muss jedoch nach seinen individuellen Gegebenheiten behandelt werden.

mediX Guidelines werden mit grosser Sorgfalt entwickelt und geprüft, dennoch kann der Verein mediX für die Richtigkeit – insbesondere von Dosierungsangaben – keine Gewähr übernehmen.

Alle mediX Guidelines im Internet unter www.medix.ch

Der Verein mediX ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen und Ärzten in der Schweiz.

Verein mediX, Sumatrastr.10, 8006 Zürich

Rückmeldungen bitte an: uwe.beise@medix.ch