



## Antibiotika-Leitfaden zur kalkulierten Initialtherapie bakterieller Erkrankungen beim Erwachsenen

### Wichtiger Hinweis:

Der Stand der medizinischen Wissenschaft ist durch Forschung und klinische Erfahrung ständig im Wandel. Obwohl die Angaben in diesem Leitfaden mit größter Sorgfalt recherchiert wurden, kann keine Gewähr dafür übernommen werden, insbesondere Indikationen, Dosierungen und Applikationsformen sind vom Benutzer zu überprüfen und gegebenenfalls an die individuellen Verhältnisse des Patienten anzupassen.

Bei Kindern und in der Schwangerschaft sind spezielle Zulassungen und andere Dosierungen zu beachten.

Die wesentlichen Angaben folgen den Empfehlungen der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie

Stand: 09/2015

### Empfehlungen zur Antibiotikatherapie

#### „Hit hard and early“- „Frapper fort et frapper vite“ Paul Ehrlich

- Antibiotika sind keine Antipyretika!  
Kolonisationen werden nicht antibiotisch behandelt
- gezielte Therapie anstreben: Erregernachweis führen, Erregerisolierung: Wundabstrich, Punktion, Blutkultur,
- Therapiebeginn:  
unverzüglich nach Diagnoseerhebung,  
mind. in lebensbedrohlichen Fällen Procalcitonin (PCT) bestimmen, chirurgische Focussanierung anstreben, Allergien klären,
- zunächst empirische, kalkulierte Antibiotikatherapie:  
die Initialtherapie sollte das für die Indikation erwartete Erregerspektrum erfassen, V.a. nosokomiale Infektion mit MRE? Leitlinien und Empfehlungen beachten!  
Interaktionen und Kontraindikationen beachten!
- Dosierung anpassen! (z.B.: Nieren- und Leberfunktion, Alter, Schwangerschaft, Interaktionen mit anderen Medikamenten)
- Therapieversagen: keine Entfieberung, CRP + Leuko nicht ↓  
PCT-Bestimmung: 24 Std.nach Therapiebeginn < 48 Std. nach Therapiebeginn -> Antibiose wirkungslos!  
auch andere Ätiologien beachten: Viren, Pilze, Protozoen, Würmer; Denken! Therapie wiederholt überprüfen!  
Beratung mit Infektiologen / Mikrobiologen suchen.
- Antibiotika so lange wie nötig, und so kurz wie möglich!  
Deeskalationstherapie,  
frühzeitiger Umstieg von parenteraler -> oraler Applikation

**Omnidacillin** gibt es nicht!

# Atemwege

## Akute Bronchitis ohne Vorliegen einer COPD

Symptomatische **Therapie ohne Antibiotika – 75% viraler Genese**, auch bei Asthmatikern.  
Antibiotika nur in Einzelfällen bei protrahiertem Verlauf.

## Leichtgradige ambulant erworbene Pneumonie oder AECOPD

### ohne Risikofaktoren: oral

- 1. Wahl:** Amoxicillin,  $\geq 70\text{kg KG}$ : 3 x 1g 5-7Tage  
 $< 70\text{kg KG}$ : 3 x 750mg 5-7Tage
- 2. Wahl:** Azithromycin, 1 x 500mg 3Tage  
Clarithromycin, 2 x 500mg 5-7Tage  
Roxithromycin, 1 x 300mg 5-7Tage  
Doxycyclin, 1 x 200mg initial  
dann  $\geq 70\text{kg KG}$ : 1 x 200mg 5-7Tage  
 $< 70\text{kg KG}$ : 1 x 100 mg 5-7Tage

### mit Risikofaktoren: oral

Antibiotikatherapie in den letzten 3 Monaten, Bewohner von Pflegeheimen, chronische internistische/neurologische Begleiterkrankungen

### **Indikation zur stationären Therapie großzügig stellen!**

- 1. Wahl:** Amoxicillin/Clavulansäure 875/125 mg,  $\geq 70\text{kg KG}$ : 3 x ,  $<70\text{kg KG}$ : 2 x 7Tage
- 2. Wahl:** Levofloxacin, 1 x 500 mg 5-7Tage  
Moxifloxacin, 1 x 400 mg 5-7Tage

## Initial kalkulierte Therapie bei Patienten mit einem hohen Risikoprofil und beatmete Patienten

### Risikofaktoren:

Alter  $< 65$  Jahre, Lungenerkrankungen, Antibiotikavorbehandlung, Beginn der Pneumonie nach dem 5. Krankenhaustag, schwere respiratorische Insuffizienz, Extrapulmonales Organversagen (Schock, Sepsis, akutes Leber- und Nierenversagen, DIC, OP's)

### parenteral:

Piperacillin/Tazobactam 3 – 4 x 4,5 g; **oder**  
Ceftazidim **oder** Cefepim, 3 x 2 g; **oder**  
Imipenem/Cilastatin **oder** Meropenem, 3 x 1 g;

### jeweils plus

Ciprofloxacin, 3 x 400 mg **oder**  
Levofloxacin 2 x 500 mg **oder**  
Aminoglykosid (schwierige Dosierung-Nebenwirkungen)  
(AWMF Reg. 020/013)

## Atemwegsinfektionen und Pneumonien mit (vermutet) multiresistenten Erregern, siehe: Schwer therapierbare und multiresistente Erreger (MRE)

Bei Verdacht auf eine Koinfektion durch Mykoplasmen, Chlamydien **oder** Legionellen ist eine **Betalaktam-Makrolid-Kombination sinnvoll.**

## Magen-Darm-Trakt und intraabdominelle Infektionen

### **Enteritis (akute bakterielle), Cholangitis, Cholezystitis**

**nur bei schwerem Verlauf und bei besonderen Risiken**  
Amoxicillin/Clavulansäure, 3 x 875/125 mg **oder** Ciprofloxacin, 2 x 500 mg und **evtl.** Metronidazol, 2 x 400 mg p.o. **oder** Piperacillin/Tazobactam 3 x 4,0/0,5 i.v. **oder** Ceftriaxon, 1 x max. 4 g und Metronidazol 3 x 500 mg, i.v.

### **Salmonellen- od. Campylobacter-Infektionen**

bei gastroenteritischem Verlauf **keine** Antibiotikatherapie. (verlängerte Bakterienausscheidung), Flüssigkeits- und Elektrolytverlust ausgleichen.

#### **Salmonelleninfektionen - schwerer Verlauf**

Ciprofloxacin, 2 x 500 mg,

#### **p. Campylobacterinfektionen – schwerer Verlauf**

Clarithromycin, 2 x 250 mg, p.o.

### **Enterokolitis (pseudomembranöse, Clostridium-difficile-assoziierte Diarrhoe) – CDAD**

möglichst Beendigung der auslösenden Antibiotikatherapie!

#### **CDAD – leichter Verlauf**

Metronidazol, 4 x 250 mg **oder** Vancomycin 4 x 125 mg, p.o. für 10 Tage

#### **CDAD – schwerer Verlauf**

Vancomycin, 4 x 250 – 400 mg, p.o. **und ggf.** Metronidazol 4 x 250 mg i.v.

## Magen-Darm-Trakt und intraabdominelle Infektionen

### **CDAD - 1. Rezidiv**

Metronidazol 4 x 250 mg **oder** Vancomycin 4 x 250 – 500 mg über 10 Tage, danach Vancomycin 2 x 125 – 250 mg über 3 Tage, danach jeden 2. Tag über 14 Tage

### **CDAD – weitere Rezidive**

Vancomycin 4 x 500 mg über 10 Tage, anschl. 2 x 250 mg über 5 Tage, danach jeden 2. Tag über 7 Tage, dann jeden 3. Tag über 7 Tage. Anschließend: Kontinuierlich Abstände bis auf 10 Tage Therapiepause verlängern, danach absetzen. Bei schweren Verläufen die Indikation zur stationären Behandlung aufgrund der allgemeinen Symptomatik eng stellen.

### **H. pylori Eradikation**

Amoxicillin 3 x 1 g über 7 Tage und Clarithromycin 2 x 500 mg und Pantoprazol 2 x 40 mg **oder** Metronidazol 2 x 400 mg und Clarithromycin 2 x 250 mg und Pantoprazol 2 x 40 mg über 7 Tage.

### **Divertikulitis (unkompliziert)**

Sultamicillin 2 x 375 – 750 mg, p.o.

### **Peritonitis**

Piperacillin / Tazobactam 3 x 4,0/0,5 g **oder** Ceftriaxon 1 x max. 4 g und Metronidazol 3 x 500 mg i.v. **oder** Meropenem 3 x 1 g, i.v. **oder** Ertapenem 1 x 1 g, i.v.

### **Intraabdominelle Infektionen mit (vermutet)**

**multiresistenten Erregern, siehe:**

**Schwer therapierbare und multiresistente Erreger (MRE)**

### **Sekundär infizierte hämorrhagisch nekrotisierende Pankreatitis**

Meropenem 3 x 1 g, i.v. **oder** Piperacillin / Tazobactam 3 x 4,0/0,5 g i.v. **oder** Ciprofloxacin 2 x 500 mg und Metronidazol 3 x 500 mg, i.v.

## Haut und Weichteile

### Erysipel

Penicillin V 3 x 1,5 Mio IE über 10 – 14 Tage **oder**  
Clindamycin 3 – 4 x 300 – 600 mg

### Impetigo bei unbekanntem Erreger

Cefuroxim, 2 x 500 mg, über 10 – 14 Tage

### Impetigo bei Streptokokken-Infektion

Penicillin V 3 x 1,5 Mio IE

### Impetigo bei Staphylokokken-Infektion

Flucloxacillin, 3 x 2 g

### Weichteilinfektion schwer + Diabetischer Fuß

### Phlegmone

Cefazolin, 3 x 2 g **und** Clindamycin, 3 – 4 x 300 – 600 mg, über 14 Tage

### Weichteilinfektion chronisch meist polymikrobiell

Amoxicillin / Clavulansäure, 3 x 875 / 125 mg **oder**

Cefuroxim, 2 x 500 mg

### Furunkel / Karbunkel Abszess, Panaritium

Cefaclor, 3 x 1 g, über 10 – 14 Tage **oder**

Clindamycin, 3 – 4 x 300 – 600 mg

### Tierbiss

Tetanusschutz und Indikation zur Tollwut- Impfung prüfen!

**1. Wahl:** Amoxicillin/Clavulansäure, 3 x 875/125 mg, über 7-10Tg.

**2. Wahl:** Moxifloxacin, 1 x 400 mg, 7 – 10 Tage

### Borreliose Frühphase Erythema migrans

Doxycyclin, 2 x 100 mg (Erw.) über 3 Wochen **oder**

Amoxicillin, 25 – 50 mg / kg KG /Tag (Kinder < 9 J.)

**spätere Phasen: Behandlung nur durch Spezialisten**

Weichteil- und Hautinfektion z.B. Dekubitus mit (vermutet) multiresistenten Erregern (MRE), siehe:

**Schwer therapierbare und multiresistente Erreger (MRE)**

## Bakterielle Meningitis

bei **eitrigem Liquor** sofort **i.v.:**

**Erwachsene und Kinder > 12 Jahre + > 50kgKG:**

Ceftriaxon, 2 x 2 g/die i.v.

**Kinder > 2 Lebenswoche, <12Jahre + <50kgKG:**

Ceftriaxon, 20 – 80 mg/kg KG/die i.v. als Einmaldosis

**Neugeborene < 2 Lebenswochen**

Ceftriaxon, bis 50 mg kg KG/die i.v. als Einmaldosis

(auch bei KG unter 1200 g)

Therapiedauer: 7 – 10 Tage

**Isolation:** bis 24 Stunden nach Beginn einer spezifischen Therapie

**Umgebungsprophylaxe** bei sehr engem Kontakt bis zu max. 7 Tage vor Ausbruch der Krankheit ( alle Haushaltsmitglieder; bei begründetem Verdacht auf Kontakt mit oropharyngealen Sekreten des Patienten, Kontaktpersonen in Kindereinrichtungen sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen (Schulen, Heime usw.))

**Erwachsene und Jugendliche ab 60 kg KG:**

Rifampicin 2 x 0,6 g oral für 2 Tage **alternativ:**

Ciprofloxacin einmalig 0,5 – 0,75 g oral

**Kinder:** Rifampicin 2 x 10 mg/kg KG/die für 2 Tage

**Schwangere:** Einmalig i.v. Injektion von 1 g Ceftriaxon

**Postexpositionell ist eine Impfung gegen Meningitis A, C, W135 und Y bei bisher ungeimpften engen Kontaktpersonen eines Erkrankten mit einer impfpräventablen invasiven Meningitis möglich.**

**Sofortmeldung an das Gesundheitsamt**, außerhalb der üblichen Dienstzeiten über die Rettungsleitstelle beim Kreis Olpe: Tel 02761 – 9 66 00

# Hals-Nasen-Ohren Infektionen

## Otitis media acuta und purulenta acuta

**1. Wahl:** Amoxicillin, 3 x 1 g für 5 – 7 Tage, p.o.; Sultamicillin, 2 x 375 – 750 mg, p.o.

**2. Wahl:** Amoxicillin/Clavulansäure, 3 x 875/125 mg für 5 – 7 Tage, p.o./i.v. **oder** Clarithromycin, 2 x 250 – 500 mg über 7 Tage, p.o. **oder** Cefuroxim 2 x 500 mg über 5 Tage, p.o.

## Otitis externa (maligna)

Systemische Therapie bei Ausbreitung der Infektion über den Gehörgang

Ciprofloxacin, 2 x 250 – 500 mg für 5 – 7 Tage, p.o.; Ciprofloxacin 3 x 400 mg, i.v.;

Piperacillin/Tazobactam 3 x 4,0/0,5 g i.v.;

## Sinusitis purulenta acuta

**1. Wahl:** Amoxicillin, 3 x 1 g über 5 – 7 Tage, p.o. **oder** bei schweren Formen: p.o. **oder** i.v.

Amoxicillin/Clavulansäure, 3 x 875/125 mg über 5 – 7 Tage

**2. Wahl:** Clarithromycin, 2 x 250 mg über 7 Tage, p.o. **oder** Cefuroxim, 2 x 500 mg über 5 Tage, p.o.; Sultamicillin, 2 x 375 – 750 mg, p.o. **oder** Cefuroxim, bis 2 – 4 x 1,5 g, i.v.

## Tonsillopharyngitis acuta

Penicillin V, 3 x 1,5 Mega über 10 Tage, p.o. **oder** Clarithromycin, 2 x 250 mg über 7 Tage, p.o.

**Mastoiditis/ Orbitalphlegmone** dringende operative Sanierung, Ceftriaxon 1 x 1 – 4 g i.v. **und** Metronidazol 1 x 1,5 g, i.v.; Piperacillin/Tazobactam 3 x 4,0/0,5 g i.v.

## Epiglottitis:

Cefuroxim 2 – 4 x 1,5 g, i.v.; Ceftriaxon 1 x 2 – 4 max. 4 g, i.v.

# Pilzinfektionen

## Soor

Nystatin 3 – 4 x 1 Mio IE (2 Tbl.) über 8 Tage, dann 3 – 4 x 500.000 IE (1Tbl.) über 8 Tage **oder** Amphotericin B 4 x 500.000 IE (1Tbl.) über 1 – 3 Wochen, jedoch immer mindestens bis 3 Tage nach Symptombfreiheit

## Soor bei schwerer Immunsuppression

Fluconazol 1 x 100 – 200 mg über 2 Wochen, Prophylaxe bei rezidivierenden Soor-Episoden ist mit tägl. 100 – 200 mg Fluconazol möglich.

## Vulvovaginalcandidose und Kolonisation während der Schwangerschaft

Prophylaktische Therapie in den letzten Wochen der Schwangerschaft:

Clotrimazol (Vaginaltbl.) 1 x 500 mg lokal, einmalig **oder** lokale Therapie mit Polyenen (Nystatin, Amphotericin B oder Pimaricin) **oder** Imidazolen (Clotrimazol, Miconazol-Nitrat, etc.)

## Kolonisation bei immunsupprimierten Patientinnen mit rezidivierender Candida Vaginitis

Fluconazol 1 x 150 mg, einmalig

## Hautcandidose

Clotrimazol Salbe 2 – 3 mal / täglich, bis zur Abheilung **oder** Nystatin Salbe 1 – 3 mal / täglich, bis zur Abheilung

## Urogenitale Infektionen

Bei Schwangerschaft:  
Kontraindikationen beachten!

**Akute unkomplizierte Zystitis bei Frauen:**

**1.Wahl:**

Fosfomycin, 1 x 3 g als Einmalgabe, p.o.

**2.Wahl:**

Cotrimoxazol, 2 x 160 mg TMP/800 mg SMZ über 5 Tage, p.o. **oder**  
Ciprofloxacin 2 x 250 mg, p.o., für 3 Tage

**Akute unkomplizierte Harnwegsinfektionen bei Schwangeren**

Fosfomycin, 1 x 3 g als Einmalgabe, p.o. **oder** Cefpodoxim, 2 x 100 mg über 3 Tage

**Akute Zystitis, Pyelonephritis, Epididymitis und Prostatitis bei Männern sowie**

**akute unkomplizierte Pyelonephritis bei Frauen:**

Ciprofloxacin 2 x 500 – 750 mg p.o., 7-10 Tage **oder** 3 x 200 – 400 mg i.v.

**Komplizierte urogenitale oder urogenital-nosokomiale Infektionen:**

**immer stationär**

Piperacillin/Tazobactam 3 x 4,0/0,5 g i.v. **oder** Ciprofloxacin, 2 x 500 – 750 mg

**Urosepsis:**

Ceftriaxon, 1 x 2 g, i.v. **oder** Piperacillin/Tazobactam 3 x 4,0/0,5 g i.v.

## Gynäkologische Infektionen

Bei Schwangerschaft:  
Kontraindikationen beachten!

**Kolpitis**

Amoxicillin, 3 x 1 g, p.o. für 5 – 7 Tage

**Aminkolpitis mit Gardnerelle vaginalis oder Trichomonaden-Infektionen**

Metronidazol-Vaginaltbl., 1 x 100 mg lokal, für 6 Tage **oder**  
Metronidazol, 2 x 250 – 400mg, p.o., für 7 Tage **oder**  
Metronidazol, 1 x 2g, p.o. als Einmalgabe

**Endometritis, Salpingitis**

Ciprofloxacin, 2 x 500 mg, p.o. für 7 Tage **oder** i.v. 3 x 400 mg **und**

Metronidazol, 2 x 400 mg, p.o. für 7 Tage **oder** i.v. 3 x 500 mg **oder**

Amoxicillin/Clavulansäure, 3 x 875/125 mg, p.o. f. 7 Tage

**in schweren Fällen stationär, Behandlung wie:**

**Amnioitis, 1 – 48 h postpartum / septischer Abort,**

**Tubeovarialabszess:**

Amoxicillin/Clavulansäure, 3 x 875/125 mg i.v. **und**

Doxycyclin, 1 x 200 mg/die **danach** 1 x 100 mg/die, i.v. **oder**

Piperacillin/Tazobactam 4,0/0,5 g, i. v.

**Mastitis puerperalis**

Amoxicillin/Clavulansäure, 3 x 875/125 mg, p.o. f. 7 Tage

**in schweren Fällen stationär**

Flucloxacillin, 3 – 4 x 0,5 – 3,0 g, i.v.

## Schwer therapierbare und multiresistente Erreger (MRE)

Gerade bei den von resistenten Erregern verursachten lebensbedrohlichen Krankheitsbildern ist es wichtig, mit der initialen Antibiotika-Therapie das zu erwartende Erregerspektrum zu erfassen. Findet sich nach der mikrobiologischen Untersuchung kein Nachweis von resistenten Erregern, sollte eine Deeskalationstherapie stattfinden.

### Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) –

#### **intraabdominellen Infektionen**

Tigecyclin, 1 x 100 mg als Loading Dose, danach 50 mg alle 12 h; **oder** Linezolid, 2 x 600 mg, i.v. **oder** Daptomycin, 1 x 4 – 6 mg / kg KG, i.v. **oder** Vancomycin, 2 x 1 g, langsam i.v.

#### **Haut- und Weichgewebeeinfektionen, Pneumonien**

Linezolid, 2 x 600 mg, i.v.;

**oder bei Haut- und Weichgewebeeinfektionen auch**

Tigecyclin, 1 x 100 mg als Loading Dose, danach 50 mg alle 12 h, **oder** Daptomycin, 1 x 4 – 6 mg / kg KG, i.v.

**Da Linezolid, Daptomycin und Vancomycin ausschließlich grampositive Erreger erfasst, sollte bis zum Ausschluss einer gleichzeitige Infektion mit gramnegativen oder atypischen Erregern mit dagegen wirksamen Substanzen kombiniert werden:** z.B. Piperacillin / Tazobactam, 3 x 4,0/0,5 g i.v. **oder** Levofloxacin, 1 – 2 x 250-500 mg, i.v.

## Schwer therapierbare und multiresistente Erreger (MRE)

### Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE)

Bei Peritonitis und Herzklappenersatz ist insbesondere nach einer antibiotischen Vorbehandlung mit einer Selektion von VRE zu rechnen. Kasuistiken über Linezolid-resistente Enterokokken-Stämme liegen vor.

Tigecyclin, 1 x 100 mg als Loading Dose, danach 50 mg alle 12 h; **oder** Linezolid, 2 x 600 mg, i.v. **in Kombination mit** einem Antibiotikum zur Erfassung gramnegativer und anaerober Spezies, z.B. Piperacillin / Tazobactam, 3 x 4,0/0,5 g i.v. **oder** Levofloxacin, 1 – 2 x 250-500 mg, i.v.

### Multiresistente gramnegative Stäbchen

Die Abkürzung für **ESBL** (extended spectrum  $\beta$ -lactamase) steht hier nur für eine kleine Gruppe spezieller Resistenzen, deckt aber bei weitem nicht alle Möglichkeiten der Resistenz gegenüber den Cephalosporinen der 3. Generation. Es gibt weiterhin **KPC** = *Klebsiella pneumoniae* Carbapenemase; **NDM** = New Delhi metallo- $\beta$ -lactamase; außerdem wird **MDR** = multidrug-Resistant; **XDR** = extensively drug-resistant und **PDR** = pandrug-Resistant verwendet. In Deutschland wird durch die **KRINKO** Aufgrund der Resistenzen gegenüber: **1. Acylureidopenicilline** = Leitsubstanz (Leitsz.) Piperacillin; **2. Cephalosporine der 3. + 4. Generation** = Leitsz. Cefotaxim und/oder Ceftazidim; **3. Carbapeneme** = Leitsz. Imipenem und/oder Meropenem **und** **4. Fluorchinolone** = Leitsz. Ciprofloxacin unterschieden. Andere Antibiota wurden nicht berücksichtigt, d.h.: Enterobakterien, die zwar als ESBL-Bildner erkannt werden, jedoch sensibel gegenüber Fluorchinolonen und Carbapenemen sind werden nicht klassifiziert. **3MRGN** = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen **und** **4MRGN** = Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen. **Therapie nach Antibiogramm, Isolation;** im Notfall: Tigecyclin, 1 x 100 mg als Loading Dose, danach 50 mg alle 12 h

## MRSA – Sanierung (außerhalb des Krankenhauses)

Eine Sanierung kommt nur dann in Frage, wenn eine Infektion mit MRSA und sonstige sanierungshemmende Faktoren (Wunden, Katheter, Antibiotikagabe) nicht mehr vorhanden sind.

**Eine im Krankenhaus begonnene Sanierungsbehandlung sollte auf jeden Fall fortgesetzt werden.**

Die Standardsanierung wird 5-7 Tage durchgeführt.

1. 3x täglich Mupirocin haltige-Nasensalbe (Mittel der Wahl) in beide Nasenvorhöfe einbringen (Turixin®), alternativ: Povidon (PVP)Jod 1,25%
2. 2-3x täglich Rachenspülung mit antiseptischer Lösung (z.B. ProntOral® oder Chlorhexidinhaltige oder Octenidinbasierte Präparate wie Octenidol®)
3. Bei positiven Befunden an anderen Körperstellen oder V.
  - a. Mitbesiedlung anderer Körperstellen Hautwaschungen mit einer antiseptischen Seife: 1-2x täglich mit z.B. Octenisan®, Decontaman®, Prontoderm® oder Skinsan Scrub® u. a. duschen (inkl. Haare). Einwirkzeiten beachten!
4. Um eine Wiederbesiedlung von der Umgebung auf den Patienten zu vermeiden, werden während einer Sanierung Textilien und Gegenstände, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, gewaschen bzw. desinfiziert. Hierzu gehören die Bettwäsche, Utensilien der Körperpflege (Handtücher, Waschlappen, Käämme, Zahnbürste), Zahnprothesen, Hörgeräte etc. Zudem Deo-Spray anstatt eines Deo-Rollers verwendet werden.

## Wie erfolgt die Kontrolle des Sanierungserfolges?

Frühestens 3 Tage nach Sanierungsende sind entsprechende Kontrollabstriche (Nase, Rachen, ggf. andere betroffene Lokalisationen wie Achseln, Leiste oder Rektum) vorzunehmen.

Es ist bekannt, dass eine erste Abstrichserie 3 Tage nach Sanierungsende durch ein „Zurückdrängen“ des MRSA negativ sein kann und einige Tage später (durch eine erneute Keimvermehrung) wieder positiv ausfallen kann. Endgültig als negativ ist der Sanierungserfolg jedoch erst nach einer weiteren negativen Abstrichserie nach 3-6 Monaten und einer nochmaligen negativen Abstrichserie nach 6-12 Monaten anzusehen. In der Arztpraxis, im Altenheim und zu Hause sind während dieser Phase keine über die Standardhygiene hinausgehenden Maßnahmen (z.B. Isolierung, Schutzkleidung) erforderlich.

**Cave:** Auch ein erfolgreich sanierter Patient hat danach immer eine positive MRSA Anamnese, was bei stationärer Aufnahme zu einem Screening und prophylaktischer Isolierung führt. Geben Sie daher bitte immer diese Information (pos. MRSA-Anamnese) bei Einweisungen in Krankenhäuser weiter.

**Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an das Gesundheitsamt des Kreises Olpe wenden (Telefon 02761-81435).**



**Substanzen:**

Amoxicillin = Amoxipen®  
Amoxicillin/Clavulansäure = Augmentan®  
Amphotericin B® = AmBisome®  
Azithromycin = Zithromax®  
Carbapeneme = s. Meropenem/Ertapenem  
Cefaclor = Panorol®  
Cefazolin = Cefazolin®  
Ceftazidim = Fortum®  
Ceftibuten = Keimax®  
Ceftriaxon = Rocephin®  
Cefuroxim = Cefuroxim®  
Ciprofloxacin = Ciprobay®  
Clarithromycin = Klacid®  
Clindamycin = Sobelin®  
Clotrimazol = Canesten®  
Daptomycin = Cubicin®  
Doxycyclin = Doxyhexal®  
Ertapenem = Invanz®  
Erythromycin = Erythrocin®  
Flucloxacillin = Staphylex®  
Fluconazol = Diflucan®  
Fosfomycin = Infectofos®  
Imidazolen = s. Clotrimazol  
Levofloxacin = Tavanic®  
Linezolid = Zyvoxid®  
Meropenem = Meronem®

Metronidazol = Clont®  
Miconazol-Nitrat  
Moxifloxacin = Avalox®  
Mupirocin = Turixin®  
Nitrofurantoin = Furodantin®  
Nystatin = Moronal®  
Pantoprazol = Protonenpumpenhemmer  
Penicillin V = Isocillin®/Megacillin®  
Piperacillin/Tazobactam = Tazobac®  
Povidon (PVP)Jod = Betaisodona®/Braunol®  
Rifampicin = Eremfat®  
Roxithromycin = Rulid®  
Sultamicillin = Unacid®  
Tigecyclin = Tygacil®  
Vancomycin = Vancomycin®

Zusammengestellt für das mre-Netzwerk im Kreis Olpe  
von B.K. Weber  
Trotz größter Sorgfalt bei der Zusammenstellung kann keine Garantie für die  
Richtigkeit der Angaben übernommen werden, der Benutzer sollte die  
Angaben ggfl. überprüfen und handelt in eigener Verantwortung bei der  
Anwendung am Patienten.