

## Generell gilt:

- Anordnung soll enthalten: Indikation für Antibiotika-Therapie und geplante Dauer
- Überprüfung der Therapie nach 48-72 Stunden und evtl. Anpassung an das Antibiogramm vornehmen. Nach Ende der geplanten Dauer der Antibiotikagabe nochmals Überprüfung des Therapieerfolgs.
- Falls nach drei Tagen antibiotischer Therapie keine klinische Besserung eintritt, sollte an eine Vorstellung des Patienten in der Gastroenterologie und eine apparative Diagnostik gedacht werden!
- 4-MRGN in der Anamnese -> Mikrobiologie oder ABS-Team hinzuziehen!
- Bei Niereninsuffizienz jeglichen Grades erfolgt die erste Gabe immer in Standarddosierung, erst nachfolgende Gaben müssen ggf. angepasst werden.
- Eine routinemäßige kalkulierte antimikrobielle Therapie einer banalen Gastroenteritis bei immunkompetenten Patienten ist nicht indiziert.
- Labordiagnostik: Zur Sensitivitätserhöhung möglichst drei konsekutiv entnommene Stuhlproben einsenden (gilt für bakterielle, virale und parasitäre Enteritiserreger)
- Labordiagnostik von der Anamnese abhängig (z. B. Reiserückkehrer, besondere Speisen, andere Erkrankte im eigenen Umfeld)
- Clostridium difficile: Meldepflicht des behandelnden Arztes bei a) Aufnahme wegen einer ambulant erworbenen Clostridium-difficile-Infektion, b) bei Aufnahme auf eine Intensivstation wegen schwerem Verlauf, c) bei Komplikationen (Kolektomie, Megakolon, Perforation), d) bei Versterben binnen 30 Tagen nach Feststellung einer als Todesursache zu wertenden C. diff.-Infektion

**Kalkulierte Therapie von Gastroenteritiden (nur bei fehlender Besserung nach drei Tagen bzw. Hinweisen auf eine invasive Infektion: Klinische Zeichen sind Blut- und Schleimbeimengungen zum Stuhl, Fieber über 38,5°C, deutliche Reduktion des Allgemeinzustandes und hohe Entzündungswerte im Labor. Auch das Vorliegen von Risiken für schwere Verläufe wie z.B. bei immunsupprimierten oder durch Multimorbidität beeinträchtigten Patienten, bei Dialysepflicht, hohem Alter und Tumorerkrankung können eine Indikation für eine antiinfektive Therapie sein. Das Vorliegen von Besonderheiten wie Gefäß- oder Gelenkprothesen (insbesondere bei Salmonellen-Infektionen) kann ebenfalls eine Indikation für die Antibiotika-Therapie darstellen.)**

| Häufige Erreger   |                     | Kalkulierte Therapie   | Dosierung  | Therapiedauer        |
|---|---------------------|--|--|----------------------|
| Salmonella,<br>Campylobacter spp.,<br>Shigella spp.,<br>Yersinia spp., E.coli | <b>1. Wahl</b>      | Ceftriaxon i.v.  | 1 x 2g tgl.  | 3 Tage               |
|   | <b>Alternativen</b> | Ciprofloxacin p.o. oder i.v.<br><br><b>oder</b><br>Azithromycin p.o. oder i.v.<br>(bei Verdacht auf Campylobacter-Infektion) | 2 x 500 mg p.o. oder<br>2 x 400 mg i.v.<br><br>1 x 500 mg p.o. oder<br>1 x 500 mg i.v. | 3 Tage<br><br>3 Tage |

## Therapie der C. diff.-Infektion

| Häufige Erreger |  | Therapie   | Dosierung   | Therapiedauer                      |
|-----------------|--|--|---|------------------------------------|
| C. diff.        | <b>Leichte Ausprägung</b>                  | Metronidazol   | 3 x 400 mg p.o.,<br>falls enteral nicht möglich:<br>3 x 500 mg i.v. | 10 (-14) Tage                      |
|                 | <b>Schwere Ausprägung</b>                  | Vancomycin   | 4 x 250 mg p.o.   | 10 (-14) Tage                      |
|                 | <b>Schwere Ausprägung mit Komplikation</b> | Metronidazol<br>plus<br>Vancomycin<br><br><b>Evtl. allgemein chirurgische Maßnahmen erwägen!</b> | 3 x 500 mg i.v.<br><br>4 x 250 mg p.o.                              | 10 (-14) Tage<br><br>10 (-14) Tage |
|                 | <b>Erstes Rezidiv</b>                      | Vancomycin<br><br><b>alternativ</b><br>Fidaxomicin   | 4 x 250 mg p.o.<br><br>2 x 200 mg p.o.                              | 10 (-14) Tage<br><br>10 Tage       |

| <b>Initialtherapie der verschiedenen Formen der sekundären und tertiären Peritonitis</b>   |  |  |                                     |                              |
|--|--|--|-------------------------------------|------------------------------|
| <b>Ambulant erworben, keine Perforation, minimale Peritonitis, kreislaufstabil, kein MRE-Risiko (Bsp.: Phlegmonöse Appendizitis) – Stufe 1</b>   |  |  |                                     |                              |
| Häufige Erreger  |  | Kalkulierte Therapie   | Dosierung                           | Therapiedauer                |
| Enterobacteriaceae, Anaerobier, Enterokokken   | <b>1. Wahl</b>                               | Cefuroxim i.v.+ Metronidazol i.v.  | 1 (-3) x 1,5 g +<br>1 (-3) x 500 mg | Single-shot (bis max. 1 Tag) |
|  | <b>Alternative (bei Penicillin-Allergie)</b> | Clindamycin i.v. + Gentamicin  | 1 (-3) x 600 mg +<br>1 x 5 mg kgKG  | Single-shot (bis max. 1 Tag) |
| <b>Ambulant erworben, frische Perforation, lokalisierte Peritonitis, kreislaufstabil, kein MRE-Risiko (Bsp.: Perforierte Cholecystitis) – Stufe 2</b>  |  |  |                                     |                              |
| Häufige Erreger  |  | Kalkulierte Therapie   | Dosierung                           | Therapiedauer                |
| Enterobacteriaceae, Anaerobier, Enterokokken   | <b>1. Wahl</b>                               | Ampicillin/Sulbactam   | 3 x 3 g                             | 3 Tage                       |
|  |  | <b>oder</b><br>Ceftriaxon i.v. + Metronidazol i.v. (insbesondere bei Cholecystitis)  | 1 x 2 g +<br>3 x 500 mg             | 3 Tage                       |
|  | <b>Alternative (bei Penicillin-Allergie)</b> | Moxifloxacin i.v.  | 1 x 400 mg                          | 3 Tage                       |
| <b>Ambulant erworben, ältere Perforation, diffuse Peritonitis, kreislaufstabil, individuelles MRE-Risiko (Bsp.: Freiperforierte Sigmadivertikulitis, auch schwere Fälle einer Cholecystitis) – Stufe 3</b> |  |  |                                     |                              |
| Häufige Erreger  |  | Kalkulierte Therapie   | Dosierung                           | Therapiedauer                |
| Enterobacteriaceae, Anaerobier, Enterokokken   | <b>1. Wahl</b>                               | Piperacillin/Tazobactam  | 3 x 4,5 g                           | 5 Tage                       |
|  | <b>Alternative (bei Penicillin-Allergie)</b> | Moxifloxacin i.v.  | 1 x 400 mg                          | 5 Tage                       |
| <b>Nosokomial (postoperativ/tertiär), diffuse Peritonitis, kreislaufinstabil, hohes MRE-Risiko (Bsp.: Nahtleckage nach Rektumresektion) – Stufe 4</b>  |  |  |                                     |                              |
| <b>→ Intensivstation!!!</b>  |  |  |                                     |                              |
| Häufige Erreger  |  | Kalkulierte Therapie   | Dosierung                           | Therapiedauer                |
| Enterobacteriaceae (inkl. ESBL-Bildner, Anaerobier, Enterokokken (inkl. VRE), Pseudomonas spp., Staphylokokken (inkl. MRSA)  | <b>1. Wahl</b>                               | Meropenem (+ Linezolid i.v.) (bei Penicillin-Allergie H1-, H2-Blockade erwägen. Dosierung Dimetinden: 1ml Injektionslösung (1mg) pro 10 kgKG langsam intravenös über 30 Sek. injizieren (1 Ampulle/2 Minuten). Dosierung Cimetidin: 5mg Cimetidin/kg KG, d.h. 1-2 Ampullen als langsame i.v. Injektion.) | 3 x 2g (+ 2 x 600 mg)               | 7- 10 Tage                   |