Tabelle 1: Behandlung bakterieller Hautinfekte gemäss SwissPedDose und [1)2)7)8)9)10)]

Krankheit	Antibiotika-Behandlung erster Wahl	Bei Penizillin-Allergie	Verabreichung, Dauer der Behandlung	Begleitende Massnahmen
Lokalisierte, krustige Impetigo < 2% Oberfläche < 5 Lokalisationen Keine rasche Ausdehnung	**Mupirocin, Retapamulin, Fusidinsäure** (SGA weniger sensibel) 2-3x/d		Topisch 5-10 Tage	Tägliches Waschen mit Wasser und Seife, Krusten 2x/d mit Vaseline ablösen. Falls der AZ des Kindes es erlaubt, ist kein Ausschluss erforderlich. Zugrunde liegende Hautkrankheit behandeln (Ekzem, Krätze).
Nicht lokal begrenzte Impetigo, Ecthyma, Perionyxis	**Amoxicillin-Clavulansäure** 25 mg/kg/Dosis, 2-3x/d (max. 2.625g/d) *Falls Toxine +*: zusätzlich **Clindamycin**	**Cefaclor oder Cefuroxim** 10 mg/kg/Dosis, 2x/d (<6 J: max. 1g/d, Erwachsene: max. 4g/d) **SMX-TMP*** 3-6 mg/kg/Dosis, 2x/d (max. 320 mg) **Clindamycin** 10 mg/kg/Dosis, 3x/d (Misserfolg-Risiko bei resistenten SA)	p.o. 7 Tage	Tägliches Waschen mit Wasser und Seife, Krusten 2x/d mit Vaseline ablösen. Falls der AZ des Kindes es erlaubt, ist kein Ausschluss erforderlich. Zugrunde liegende Hautkrankheit behandeln (Ekzem, Krätze).
Follikulitis			Topisch 7 Tage	Tägliches Waschen mit Wasser und Seife, lokale **Hautdesinfektion** 2-3x/d (wässriges Chlorhexidin, Benzalkoniumchlorid, Natriumhypochlorit)
Einzelner unkomplizierter Furunkel Alter > 6 Mte. nicht rasch progredient, Abszess-bildung < 5cm, keine systemischen Zeichen, keine assoziierte Krankheit (Diabetes, Immunsuppression, ...) kein Thrombophlebitis-Risiko (Gesicht), leicht durchführbare Drainage und günstiger Verlauf	**Fusidinsäure, Mupirocin** 2-3x/d		Topisch 5-10 Tage	Tägliches Waschen mit Wasser und Seife **Chirurgische Drainage** Rezidivierende Furunkel: Infektion durch lokale Entnahme und Nasenabstrich dokumentieren, bei PVL *SA***: Nasale und Hautdekontaminierung von Patient und Familie.
Furunkulose oder komplizierter Furunkel	**Amoxicillin-Clavulansäure** 25 mg/kg/Dosis, 2-3x/d (max. 2.625g/d)	**Cefaclor oder Cefuroxim** 10 mg/kg/Dosis, 2x/d (<6 J: max. 1g/d, Erwachsene: max. 4g/d) **SMX-TMP*** 3-6 mg/kg/Dosis, 2x/d (max. 320 mg) **Clindamycin** 15mg/kg/Dosis, 3-4x/d (Misserfolg-Risiko bei resistenten *SA*)	p.o. 7 Tage	**Inzision und Drainage unerlässlich.** Bei vollständiger Drainage keine zusätzliche Antibiotikatherapie.
Bullöse Daktylitis	**Amoxicillin-Clavulansäure** 25 mg/kg/Dosis, 2-3x/d (max. 2.625g/d)	**Cefaclor oder Cefuroxim** 10 mg/kg/Dosis, 2x/d (<6 J: max. 1g/d, Erwachsene: max. 4g/d) **SMX-TMP*** 3-6 mg/kg/Dosis, 2x/d (max. 320 mg) **Azithromycin** 10 mg/kg/d **während 3 Tagen** Misserfolg-Risiko bei resistenten SA)	p.o. 7 Tage	Blasen aufstechen und antiseptische Kompressen auflegen (Chlorhexidin, Chloramin)

Dermo-Hypodermitis ohne Risikofaktoren	**Amoxicillin-Clavulansäure** 25 mg/kg/Dosis, 2-3x/d (max. 2.625g/d)	**Cefaclor oder Cefuroxim** 10 mg/kg 2x/d (<6 J: max. 1g/d, Erwachsene: max. 4g/d) **SMX-TMP*** 4,5-9 mg/kg/Dosis, 2x/d	p.o. 7-10 Tage	**Chirurgisches Abtragen der nekrotischen Areale**
Dermo- Hypodermitis mit Risiko eines komplizierten Verlaufes Immunschwäche Alter < 1 Jahr hohes Fieber, schlechte Compliance	I.v.: **Amoxicillin-Clavulansäure** 33-50 mg/kg/Dosis, 3x/d (max. 150mg/kg/d) Anschliessend p.o.: **Amoxicillin-Clavulansäure** 25mg/kg/Dosis, 2-3x/d (max. 2.625g/d)	I.v.: **Cefuroxim** 33-50mg/kg/Dosis, 3-4 x/d (max. 1.5g/d) **Clindamycin** 15mg/kg/Dosis, 3-4x/d (max. 2.7g/d) Anschliessend p.o.: **Cefuroxim** 10-15 mg/kg/Dosis, 2x/d (max. 1g/d) **SMX-TMP*** 4,5-9 mg/kg/Dosis, 2x/d (max. 320 mg)	I.v. bis >48 Std. fieberfrei, Regression des Erythems (mindestens 3-4d) dann p.o. 10-20 Tage	
Komplizierte Dermo-Hypodermitis (toxische Symptome)	I.v.: **Amoxicillin-Clavulansäure** 50mg/kg/Dosis, 3-4x/d (max. 200mg/kg/d) **UND Clindamycin** 15mg/kg/Dosis, 3-4x/d (max. 2.7g/d) Anschliessend p.o.: **Amoxicillin-Clavulansäure** 40mg/kg/d, 2x/d (max. 2.625g/d)	I.v.: **Vancomycin** 10 mg/kg/Dosis, 4x/d **UND Clindamycin** 15mg/kg/Dosis, 3-4x/d (max. 2.7g/d) Anschliessend p.o.: **SMX-TMP*** 4,5-9 mg/kg/Dosis, 2x/d (max. 320mg) **Clindamycin** 15mg/kg/Dosis, 3-4x/d (max. 2.4g/d)	Je nach Verlauf intravenös 10-20 Tage	Bei Verdacht auf Fasziitis: NOTFALLMÄSSIG chirurgisches Konsilium in Hinsicht auf ein operatives Debridement. Bevorzugt **Piperacillin/Tazobactam***** 100mg/kg/Dosis 3x/d IV Im Zusammenhang mit Varizellen: Bevorzugt **Piperacillin/Tazobactam***** 100mg/kg/Dosis 4x/d IV
Nekrosierende Fasziitis (nekrosierende Dermo-hypodermitis) Oft multiple Erreger	I.v.: **Amoxicillin-Clavulansäure** 50mg/kg/Dosis, 3-4x/d (max. 200mg/kg/d) **UND Clindamycin** 15mg/kg/Dosis 3-4x/d (max. 2.7g/d)	I.v.: **Vancomycin** 60-80 mg/kg/d, in 4 Dosen **UND Clindamycin** 15mg/kg/Dosis, 3-4x/d (max 2.7g/d) + **Aztreonam** i.v. (Indikation durch Facharzt für Infektionskrankheiten) Anschliessend p.o.: je nach Antibiogramm und klinischem Verlauf	I.v., dann p.o. Dauer je nach Verlauf	**NOTFALLMÄSSIG chirurgisches Debridement. Bildgebung soll den chirurgischen Eingriff nicht verzögern.** Bei Schockzustand: Schockbehandlung und polyvalente Immunglobuline (gegen Toxine)
Borreliosen				
Zeckenbiss				Überwachung, insbesondere falls Zecke > 16h haftete
Erythema migrans	**Amoxicillin** 25mg/kg/Dosis, 2-3x/d (max. 4g/d)	≥ 8 J: **Doxycyclin** 2-4mg/kg/Dosis, 2x/d (max. 200mg/d) < 8 J: **Cefaclor** 10 mg/kg/d, 2x/d (<6 J: max. 1g/d, Erwachsene: max. 4g/d)	p.o. 14 Tage	
Borrelien-Lymphozytom	**Amoxicillin** 25mg/kg/Dosis, 2-3x/d (max. 4g/d)	≥ 8 J: **Doxycyclin** 2-4mg/kg/Dosis, 2x/d (max. 200mg/d) < 8 J: **Cefaclor** 10 mg/kg/d, 2x/d (<6 J: max. 1g/d, Erwachsene: max. 4g/d)	p.o. 21 Tage	

Diphterie	**Amoxycillin** 25mg/kg/ Dosis, 2-3x/d (max. 4g/d) oder **Erythromycin** 20mg/kg/Dosis, 2x/d oder **Clarithromycin** 7,5mg/kg/Dosis, 2x/d (max. 1g/d)	**Azithromycin** 10mg/kg/d **während 3 Tagen**	p.o. 14 Tage	**Bei Bedarf Impfung** *Falls Toxinsekretion*: Meldung, Serotherapie mit Antitoxinen und prophylaktische Behandlung aller Kontaktpersonen
Nicht tuberkulöse Mycobacterien Mit Facharzt besprechen	**Je nach Antibiogramm und identifiziertem Erreger**, Optionen: **Tetracycline, Clarithromycin, Chinolone, Rifampicin + Ethambutol, Streptomycin, Isoniazid, SMX-TMP***		p.o. Dauer je nach Erregerstamm	**Behandlung mit Abteilung für Infektiologie koordinieren,** da jedem Erreger ein spezifisches Antibiogramm eigen ist
Hauttuberkulose Mit Facharzt besprechen	Optionen: **Rifampicin** 10-20 mg/kg/d **Isoniazid** 10-15 mg/kg/d **Pyrazinamid** 30-40 mg/kg/d **+/- Ethambutol** 10-25 mg/kg/d		p.o. 8 Wochen Dreifach-Anti-biotikatherapie, anschliessend 16 Wochen Bi-Therapie	In Anbetracht der Zunahme resistenter Stämme, **Behandlung mit Abteilung für Infektiologie koordinieren** Anschliessende Bi-Therapie mit **Rifampicin** und **Isoniazid**
Lepra Mit Facharzt besprechen	Optionen**: Rifampicin, Clofazimin, Ofloxacin, Minozyclin, Dapson, Clarithromycin**			**Behandlung mit Institut für Tropenmedizin oder Abteilung für pädiatrische Infektiologie koordinieren**

* Sulfamethoxazol-Trimethoprim (Trimethoprim-Dosierung), ** Panton-Valentine-Leukozidin produzierender Staphylococcus aureus, *** Piperacillin-Dosierung