

Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Rostock

VORLESUNG ALLGEMEINMEDIZIN

Auswahl Folien Leitlinien

Universität
Rostock



Traditio et Innovatio

**Universitätsmedizin
Rostock**

Datei Bearbeiten Ansicht Chronik Lesezeichen Extras Hilfe
 Google

<http://www.degam.de/leitlinien-51.html>



**Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin**

German College of General Practitioners and Family Physicians

Home Kontakt Degam bei Facebook  

DEGAM
BENEFITS
FAMULATUR
LEITLINIEN
NACHWUCHS
ZEITSCHRIFT

DEGAM > Leitlinien > Portal für Ärzte > DEGAM-Leitlinien

LEITLINIEN

Leitlinien

Portal für Ärzte

– **DEGAM-Leitlinien**

– DEGAM-Beteiligung

Portal für Patienten

Portal für Leitlinien-Entwickler

SLK Intern

Leitlinien der DEGAM

In der nachfolgenden Tabelle finden Sie alle Leitlinien, Handlungsempfehlungen und Anwenderversionen der DEGAM.



Sie können zu jeder fertig gestellten Leitlinie verschiedene Module (z.B. Kurzversion, Langfassung, Leitlinienreport) einsehen, herunterladen und/oder ausdrucken. In Einzelfällen finden Sie zusätzliche Materialien, die Sie und Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis unterstützen können. Die [Patienteninformationen](#) finden Sie an anderer Stelle.

Titel der Leitlinie	Klasse	AWMF Reg.-Nr.	gültig bis
<input style="width: 100%;" type="text" value="Suchbegriff eingeben"/>			
▼ Brennen beim Wasserlassen	S3	053-001	Aktualisierung
▼ Müdigkeit	S3	053-002	Aktualisierung
▼ Pflegende Angehörige	S3	053-006	Aktualisierung
▼ Nackenschmerzen	S3	053-007	Aktualisierung
▼ Halsschmerzen	S3	053-010	Aktualisierung
▼ Schlaganfall	S3	053-011	Aktualisierung
▼ Rhinosinusitis	S3	053-012	Aktualisierung

Fertig



DEGAM Leitlinie

Brennen beim Wasserlassen

1

Kurzversion

Ursachen
Harnwegsinfekt (HWI); Pyelonephritis, Urethritis, Kolpitis, Prostatitis, Interstitielle Zystitis

Abwendbar gefährliche Verläufe
Entstehung einer Pyelonephritis/Sepsis insbesondere bei geriatrischen Patienten, gleichzeitig bestehender Obstruktion
Schwangere: bereits bei asymptomatischer Bakteriurie erhöhte Gefahr einer Pyelonephritis
Kinder: Bei fieberhaften Harnwegsinfekten Gefahr von bleibenden Nierenparenchymschäden
Fertilitätstörung bei - Frauen durch Urethritis (Chlamydieninfektion), Kolpitis mit stummer Adnexitis - bei Männern chronische Prostatitis

Diagnostik

Anamnese	
Beschwerden <ul style="list-style-type: none"> • Dysurie • Pollakisurie • Vaginaler Ausfluss • Allgemeinsymptome: Fieber, Flankenschmerz 	Komplizierende Faktoren <ul style="list-style-type: none"> • Kinder, Schwangere, Männer • Harnabflussstörungen (funktionell/organisch) • Z.n. OP an den Harnwegen • Dauerkatheter • Chronisch renale Erkrankung/Immunsuppression
Körperliche Untersuchung	

Fertig



http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-01_Kurzversion.pdf

2.5 Diagnose eines Harnwegsinfektes

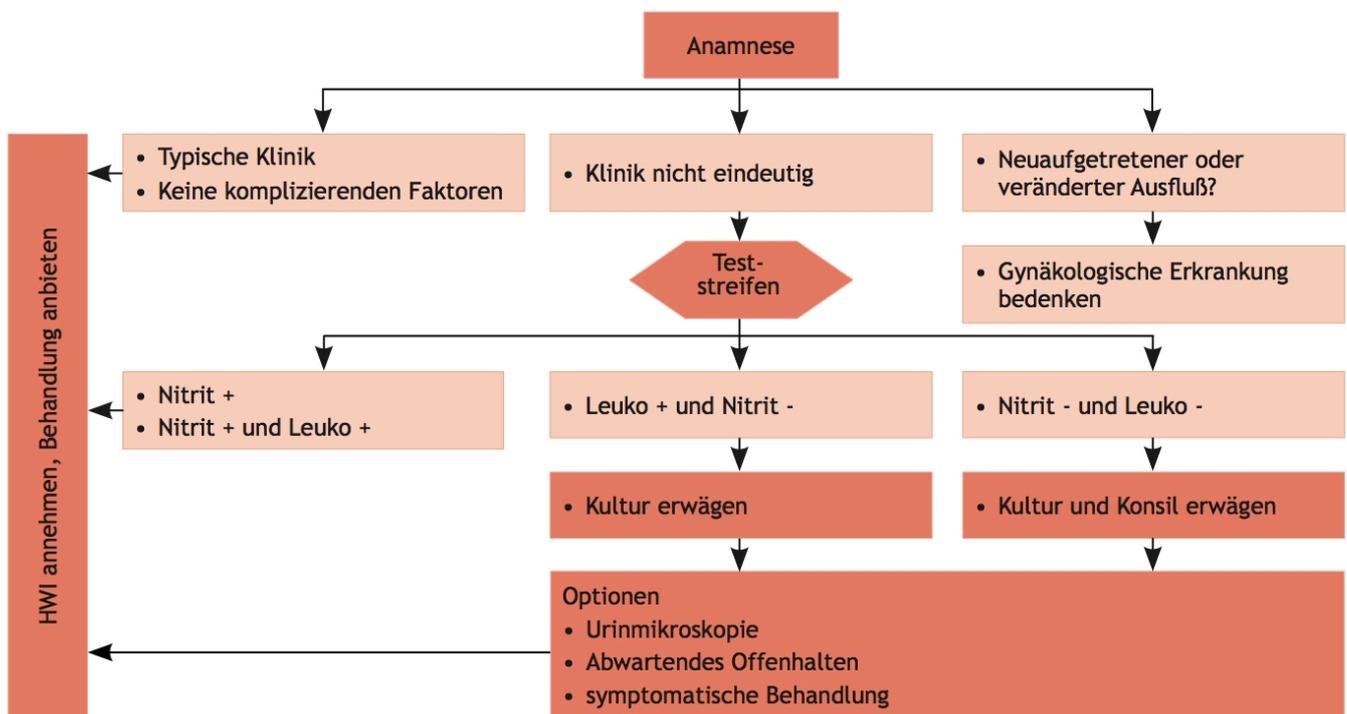
Bei typischer Anamnese (Dysurie, Pollakisurie und fehlender Ausfluss) ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines unkomplizierten Harnwegsinfektes so hoch, dass der zusätzliche Einsatz eines Teststreifens nur zu einer marginalen Verbesserung der Diagnosesicherheit führt. In diesem Fall wird eine Behandlung ohne Urinuntersuchung empfohlen. Eine Korrelation zwischen Beschwerden und absoluter Höhe des Keimnachweises scheint nicht zu bestehen [255]. Dieses Vorgehen gilt nur für unkomplizierte Harnwegsinfekte. Bei Vorliegen komplizierender Faktoren sowie in bestimmten Patientengruppen ist meist ein differenziertes Vorgehen erforderlich.

Kernaussage S3-Leitlinie Harnwegsinfekte

Wenn anhand der Anamnese eine Pyelonephritis und ein komplizierter HWI unwahrscheinlich sind, kann bei ansonsten gesunden, nicht schwangeren Frauen in der Prämenopause aufgrund typischer, akuter Beschwerden, wie Dysurie, Pollakisurie, imperativer Harndrang, eine unkomplizierte akute Zystitis angenommen werden. Auf eine Urinuntersuchung und weitergehende Diagnostik kann hierfür verzichtet werden.



Anwendung von Leitlinien



Anwendung von Leitlinien

Weitere Untersuchungen

Nicht notwendig	Sonographie	Überweisung
<ul style="list-style-type: none"> • bei unkomplizierten, auch rezidivierenden Infekten B 	<ul style="list-style-type: none"> • im Einzelfall sinnvoll zum Ausschluß einer Obstruktion, Urolithiasis, Restharnnachweis B 	<ul style="list-style-type: none"> • Männer mit rezidivierenden Infekten/ V. a. Pyelonephritis B • Unklare Diagnose B • Kleinkinder/Säuglinge mit fieberhaften HWI B

Bewertung der Empfehlungen (Kap. 6.3.1)

- A** starke Empfehlung
- B** Empfehlung
- C** Empfehlung offen

Therapie

Unkomplizierter HWI	Rezidivierender unkomplizierter HWI	Bei >2 Infekten/Jahr
<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotische Behandlung anbieten • TMP 2 x 100-200 mg für 3 Tage B • Nitrofurantoin ret 2 x 100 mg für 3 (-5) Tage B (off-label) • Alternativ auch Fosfomycin 1 x 3000 mg B 	<ul style="list-style-type: none"> • Innerhalb von 14 Tagen (Option abhängig von der Klinik) <ul style="list-style-type: none"> • Wechsel auf ein anderes Erstwahlantibiotikum B • Anlegen einer Urinkultur und danach gezielter Antibiotikumwechsel B • Wechsel auf ein Reserveantibiotikum B • Neuinfektion (>14 Tagen) wie Erstinfektion behandeln, ggf. Wechsel auf ein anderes Erstwahlantibiotikum 	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfen der Diagnose • Urinkultur • Ggf. gyn. Untersuchung • Langzeitprophylaxe anbieten (z.B: Nitrofurantoin 50 mg/ TMP 100 mg täglich für 6 Monate) • Postkoitale Prophylaxe TMP 1 x 100 mg (wenn Zusammenhang mit Geschlechtsverkehr besteht) • Stand-by Medikation anbieten • Ggf. weitere Optionen (s. Langfassung) • Alle B
Komplizierte HWI		
<p>Schwangere</p> <p>ABU (Asymptomatische Bakteriurie) Screening (Urinkultur Ende 1 Trimenon) Behandlung nach Kulturergebnis</p> <p>HWI: Behandlung nach Kultur; z.B. TMP, Nitrofurantoin, (Alternativ: Amoxicillin, Fosfomycin, Ceftributen). KEINE Chinolone Therapiedauer: 5-7 Tage Therapieerfolg kontrollieren.</p>	<p>Männer</p> <p>Kultur anlegen</p> <p>TMP 2 x 100-200 mg C oder Ciprofloxacin 2 x 500 mg für 7-14 Tage B</p> <p>Sono bei V.a. Obstruktion B</p> <p>Weitere urologische Diagnostik (s. Langfassung)</p>	<p>Patienten mit Urinkatheter</p> <p>Keine Behandlung einer ABU, Antibiotika nur bei hoher klinischer Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines HWI Diagnostische Kriterien s. Langfassung</p> <p>Behandlung 7 Tage TMP 2 x 100-200 mg oder Nitrofurantoin 2 x 100 mg</p> <p>Kultur aus neuem Katheter abnehmen</p>
<p>Kinder</p> <p>Rasche Abklärung bei fieberhaftem HWI (>38.5°), Urinkultur anlegen</p> <p>Sonographie zum Ausschluß Obstruktion, Nierenparenchymveränderung, Keine routinemäßige Abklärung auf Vesikoureteraler Reflux. TMP/ Nitrofurantoin 5-7 Tage</p>	<p>Pyelonephritis</p> <p>Anlegen einer Kultur, Sonographie</p> <p>Ciprofloxacin 2 x 500 mg für 7 Tage B</p> <p>Bei Schwangeren, Kindern ggf Einweisung, sonst meist ambulante Behandlung möglich</p>	



Empfehlungsstärke und Evidenzlevel

Klassifikation von Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF

S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet (Ergebnis: Empfehlungen)

S2: eine formale Konsensfindung ("S2k") oder eine formale "Evidenz"-Recherche ("S2e") hat stattgefunden

S3: Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und "outcome"-Analyse).

Nationale Versorgungsleitlinien entsprechen methodisch der Klasse S3.



Leitlinien

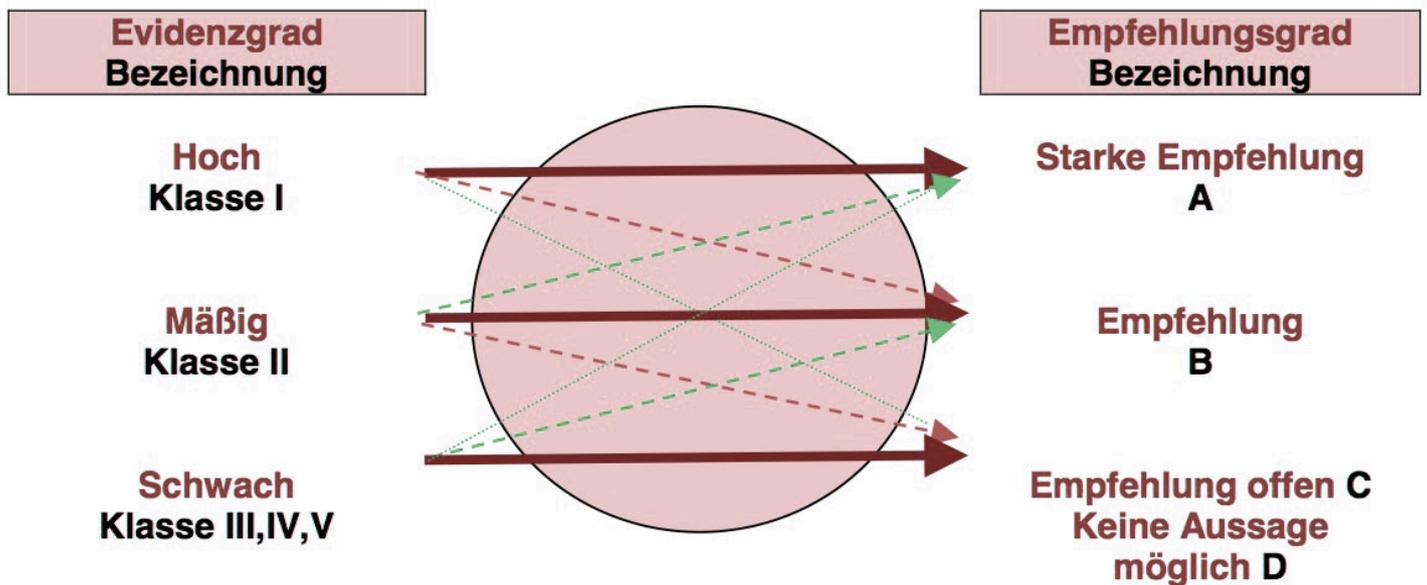
Evidenzgrad (I-V) nach Oxford Centre of Evidence Based Medicine (1999) [300]

Studien zu Therapie/Prävention/Ätiologie	
Evidenzgrad	Beschreibung
Ia	Systematische Übersicht über kontrollierte Studien (RCT).
Ib	Eine geeignet geplante RCT (mit engem Konfidenzintervall).
Ic	Alle-oder-Keiner-Prinzip.
IIa	Systematische Übersicht gut geplanter Kohortenstudien.
IIb	Eine gut geplante Kohortenstudie oder ein RCT minderer Qualität.
IIc	Wirkungs- und Erfolgsstudien, pharmakoökonomische und ökologische Studien.
IIIa	Systematische Übersicht gut geplanter Fall-Kontrollstudien.
IIIb	Eine Fall-Kontrollstudie.
IV	Fallserien oder Kohorten- und Fall-Kontrollstudien minderer Qualität.
V	Expertenmeinung ohne explizite kritische Bewertung der Evidenz oder basierend auf physiologischen Modellen/Laborforschung.
Studien zu Diagnostik	
Evidenzgrad	Beschreibung
Ia	Systematische Übersicht über Grad1 diagnostische Studien oder diagnostische Entscheidungsregel, begründet auf 1b Studien, validiert in verschiedenen klinischen Zentren.
Ib	Validierungs- Kohortenstudie mit gutem Referenzstandard oder diagnostische Entscheidungsregel, validiert in einem Zentrum.
Ic	Alle-oder-Keiner-Prinzip (absolute SpPins und SnNouts).
IIa	Explorative Kohortenstudie mit gutem Referenzstandard.
IIb	Systematische Übersicht über Grad 2 diagnostische Studien.
IIIa	Systematische Übersicht über Grad 3 diagnostische Studien.
IIIb	Nicht-konsequente Studie; oder ohne Konsistenz der angewendeten Referenzstandards.
IV	Fall-Kontrollstudie, schlechte oder nicht unabhängige Referenzstandards.
V	Expertenmeinung ohne explizite Bewertung der Evidenz oder basierend auf physiologischen Modellen/Laborforschung.



Leitlinien

Von der Evidenz zur Empfehlung: Visualisierung der klinischen Beurteilung als Prozess der kriteriengestützten Konsensusentscheidung



Leitlinien

Einige wichtige Kriterien für gute Leitlinien:

Nachvollziehbare Evidenzbasierung

Angabe von Empfehlungsstärken

Einbeziehung mehrerer Fachgesellschaften

Einbeziehung Patienten

Angabe einer Gültigkeitsdauer

Deklaration von Interessenskonflikten

