

## Stixen statt Sprechen

Mit großem Interesse habe ich die DEGAM Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen“ gelesen [1]. Da sie jetzt zur Revision ansteht, möchte ich in diesem Kommentar einige wichtige Änderungen vorschlagen.

Etwa zeitgleich mit der deutschen Leitlinie wurde in Norwegen eine Leitlinie für die „Diagnostik und Behandlung von akuten Symptomen beim Wasserlassen für Frauen“ erarbeitet und im Juni 2000 im norwegischen Ärzteblatt veröffentlicht [2]. Beide Leitlinien wurden nach den gleichen Methoden erarbeitet: Systematische Durchsicht der Literatur, Zusammenfassung der Empfehlungen, Anhörung von Experten, dazu Fokusgruppen mit Patienten und Arzthelferinnen. Trotzdem ergeben sich wichtige Unterschiede: Zunächst in der Wahl der Zielgruppe - bei der DEGAM ist es ein Symptom, in Norwegen eine wichtige Patientengruppe, nämlich alle Frauen zwischen 16 und 55 Jahren. Diese Wahl wird mit der Tatsache begründet, dass etwa 20% aller Frauen im Laufe eines Jahres eine oder mehrere Episoden von Blasenentzündungen erleben. In der Allgemeinpraxis beträgt die jährliche Inzidenz für Frauen 6% (norwegische Studien zeigen, dass urogenitale Symptome die zweithäufigste Diagnosegruppe für Frauen in der Allgemeinpraxis darstellen). Bei Kindern und Männern sind diese Symptome deutlich seltener.

Darüber hinaus unterscheiden sich die Leitlinien in der Wahl des ersten Testes: bei der DEGAM Leitlinie ist es ein Urinstix, was der aktuellen Praxis der meisten Allgemeinärzte, zum Teil auch noch in Norwegen entspricht. Die norwegische Leitlinie führt eine kurze strukturierte Anamnese als ersten Test ein. Bei Vorliegen der klassischen Symptome (Brennen/Schmerzen beim Wasserlassen, häufiges Wasserlassen/Harndrang, akuter Beginn und evt. Blut im Urin, kein Fieber oder Flankenschmerz) ist die Wahrscheinlichkeit für eine Bakteriurie der Blase 80%. Das ist ein selten hoher prädiktiver Wert für eine Diagnose in der Allgemeinpraxis. Oft geben wir uns mit geringeren Wahrscheinlichkeiten zufrieden, bevor wir eine Therapie vorschlagen. Warum sollten

wir bei einer Vortest-Wahrscheinlichkeit von 80% noch einen weiteren Test machen, wie es die DEGAM Leitlinie vorschlägt? Die norwegische Leitlinie rät eindeutig davon ab.

Eine systematische Übersicht über 54 Einzelstudien beschreibt die diagnostische Genauigkeit des Teststäbchens auf Leukozyten und Nitrit so: der Leukozytentest ist sensitiver, der Nitrittest ist spezifischer. Gemeinsam angewandt hat der Test eine Sensitivität von 75% und eine Spezifität von 82% - daraus berechnet sich eine Odds-Ratio von 4,2. Die unterschiedlichen Wahrscheinlichkeitsraten für die klinischen Befunde (LR = Likelihood Ratio - gibt an, um wie viel mal häufiger ein positives Testresultat bei Personen mit Erkrankung vorkommt im Vergleich zu Personen ohne Erkrankung) wurden in einer amerikanischen Studie so festgestellt: Brennen beim Wasserlassen LR+ 1,5 (1,2-2,0), häufiges Wasserlassen LR+ 1,8 (1,1-3,0), Blut im Urin LR+ 2,0 (1,3-2,9) [3]. Sollte der Test negativ sein, also kein Nitrit und auch keine Leukozyten nachweisbar sein, ergibt sich immer noch eine Nachttest-Wahrscheinlichkeit von 50%.

Was geschieht mit diesen Frauen in deutschen Praxen? Sie werden mit ihren Symptomen wieder nach Hause geschickt - trotz einer 50%-igen Krankheitswahrscheinlichkeit und der guten Aussicht, dass eine kurze Behandlung sie von ihren Symptomen befreit. Sollte der Test positiv sein, erhöht sich die Nachttest-Wahrscheinlichkeit auf 90% - brauchen wir so viel Sicherheit?

Bei Frauen, die häufiger Blasenentzündungen haben, liegt die Vortest-Wahrscheinlichkeit bei 90%. Hier empfiehlt die norwegische Studie, Behandlungen auch nach telefonischer Beratung anzubieten oder die Patientinnen mit einem Rezept auszustatten, das beim nächsten Rezidiv einen raschen Therapiebeginn ermöglicht. Beim Verdacht auf komplizierte Harnwegsinfekte, bei schwangeren Frauen oder häufigen Rezidiven unterscheiden sich die diagnostischen Empfehlungen im übrigen nicht. Das gilt auch für die Therapieempfehlungen, obwohl offensichtlich deutsche

**Korrespondenzadresse**

Harald Kamps · Schlesische Str. 29 · 10997 Berlin · harald.kamps@t-online.de

**Bibliografie**

Z Allg Med 2004; 80: 129-130 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0014-336251 · DOI 10.1055/s-2004-818758

Frauen mit einer geringeren Tagesdosis Trimethoprim (200 mg/Tag) auskommen als norwegische Frauen (300 mg/Tag).

Ein möglicher Einwand gegen den Verzicht auf die Untersuchung des Urins könnte sein, durch höchstmögliche Diagnosesicherheit unnötige Antibiotika-Behandlungen zu vermeiden. Der Arzt kann jedoch – mit und ohne Urinuntersuchung – darauf hinweisen, dass eine medizinische Behandlung nicht zwingend notwendig ist. Weniger als die Hälfte aller Frauen mit typischen Symptomen suchen einen Arzt auf. Sie behandeln ihre Symptome mit einschlägigen Hausmitteln (Tees, reichlich Trinken, Wärme). Auch bei unsicheren Symptomen ohne den Verdacht auf eine schwerwiegende Erkrankung, lohnt es sich abzuwarten: etwa 30 % aller Frauen mit Symptomen der unteren Harnwege erleben eine spontane Besserung [4]. Der Therapiebeginn kann deshalb im hohen Masse von den Erfahrungen der Patientinnen abhängig gemacht werden.

Der Verzicht auf den obligatorischen Urintest am Anfang der Untersuchung, wie ihn die norwegische Leitlinie vorschlägt, bricht mit einer eingefahrenen Tradition. Dieser Bruch ist meiner Meinung nach gut begründet. Er hätte auch exemplarische Bedeutung dafür, dass der Spruch am Sonntag von der außerordentlichen Bedeutung des ärztlichen Gesprächs auch noch am Montag gilt. Gleichzeitig kann die Reflektion über den wirklichen Nutzen von diagnostischen Maßnahmen zu einem bewussteren Einsatz solcher Tests (zum Beispiel Röntgenuntersuchungen) beitragen.

## Aufruf

### Wer hat Kopfschmerzpatienten, die mittels Akupunktur in einer randomisierten Studie sich behandeln und untersuchen lassen wollen?

Patienten, die seit mehr als sechs Monaten regelmäßig Kopfschmerz oder Migräne plagt, haben jetzt noch die Chance, an gerac (German Acupuncture Trials) teilzunehmen: Die weltgrößte Studie zur Wirksamkeit der Akupunktur, die von der Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der RUB koordiniert wird, steht kurz vor dem Abschluss. Für die beiden anderen eingeschlossenen Indikationen, Kreuzschmerzen und Kniearthrose, sind die maximalen Teilnehmerzahlen bereits bzw. in Kürze erreicht und die Patienten erfolgreich eingeschlossen. Wer nun an den Kopfschmerzstudien teilnehmen möchte, muss gesetzlich krankenversichert und zwischen 18 und 65 Jahre alt sein. Wenn jemand teilnimmt, bekommt er die Behandlung kostenlos, muss aber damit auch rechnen, dass er u. U. „nur“ eine medikamentöse Therapie bekommt – wenn er nämlich zur Vergleichsgruppe per Zufall zugeordnet wurde.

Informationen zur Teilnahme geben das Internet (<http://www.gerac.de>) und die Hotline 0821/6000-230.

### Was ist dran an der Akupunktur?

Viele Schmerzpatienten schwören auf die Wirksamkeit der Akupunktur, lassen sich die Behandlung mitunter einiges kosten. Was wirklich dran ist, ist noch nicht wissenschaftlich erwiesen. Um dies zu ändern, starteten die gerac-Forscher Anfang 2002

## Literatur

- [http://www.degam.de/S5\\_leit1\\_lang.html](http://www.degam.de/S5_leit1_lang.html)
- Flottorp S, Oxman AD, Cooper JG, Hjørtedahl P, Sandberg S, Vorland LH. Retningslinjer for diagnostikk og behandling av akutte vannlating-splager hos kvinner (Guidelines for suspected urinary tract infections in women). Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1748–1753. Abstract: [http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa\\_lt.visSummary?vp\\_seks\\_id=404546](http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSummary?vp_seks_id=404546)
- Bent S, Nallamothu BK, Simel DL, et al. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? JAMA 2002; 287: 2701–2710.
- Møller LA, Lose G, Jørgensen T. Incidence and remission of lower urinary tract symptoms at one year in women aged 40–60: longitudinal study: BMJ 2000; 320:1429–1432

## Zur Person



Harald Kamps, Staatsexamen in Bonn 1976, Facharzt für Allgemeinmedizin seit 1989, 1982–2002 niedergelassener Hausarzt in Norwegen, und Universitätslektor in Trondheim, jetzt als Allgemeinarzt in Berlin tätig. Bis 2002 Vorstandsmitglied der Norwegischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Interessensschwerpunkte: Metaphern in der Medizin, Arzt-Patient-Kommunikation, Dialogbasierte Medizin, Schmerztherapie, Palliative Medizin. e-mail: [harald.kamps@t-online.de](mailto:harald.kamps@t-online.de)

die sog. randomisierten, kontrollierten Studien: Ca. 4 000 Patienten, die unter chronischen Kreuzschmerzen, unter Kniearthrose oder chronischem Kopfschmerz leiden, werden zufällig in eine von drei Gruppen eingeteilt. Die eine Gruppe wird ausschließlich nach aktuellen und bewährten schulmedizinischen Kenntnissen behandelt, die zweite Gruppe wird nach den Regeln der traditionellen chinesischen Medizin akupunktiert („Verum“-Akupunktur), die dritte Gruppe wird an Stellen akupunktiert, die nicht der chinesischen Lehrmeinung entsprechen („Sham“-Akupunktur). Die Teilnehmer – die selbst nicht wissen, welche der beiden Akupunkturformen sie erhalten – werden während und nach der Studie nach dem Verlauf ihrer Beschwerden befragt.

### Ergebnisse entscheiden, ob die Kassen zahlen

Die Ergebnisse der Studie werden voraussichtlich Ende 2004 vorliegen und helfen zu entscheiden, ob die gesetzlichen Krankenkassen in Zukunft die Kosten für eine Akupunkturbehandlung übernehmen dürfen. Die Kosten der Studie in Höhe von rund 7,5 Millionen Euro tragen die AOK, BKK, IKK, Bundesknappschaft, Landwirtschaftliche Sozialversicherung und die See-Krankenkasse gemeinsam.

### Weitere Informationen

Prof. Dr. Hans-Joachim Trampisch, Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum, Tel. 02 34/32-2 77 90, Fax: 02 34/32-1 43 25, E-mail: [info@gerac.de](mailto:info@gerac.de), Internet: <http://www.gerac.de>

Verantwortlich für Aufruf: H.-H. Abholz