

# Akuter Durchfall – Epidemiologie, diagnostische und therapeutische Empfehlungen

Neue S1-Handlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

## *Acute Diarrhoea – Epidemiology, Diagnostic and Therapeutic Suggestions*

*New S1-Guidelines Published by the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM)*

Martin Sander<sup>1</sup>, Katharina Gerlach<sup>2</sup>

### Hintergrund

Akuter Durchfall ist ein häufiger Beratungsanlass in der hausärztlichen Sprechstunde [1, 2]. Durchfall ist ein Symptom, welches eine Dysbalance des gastrointestinalen Systems kennzeichnet. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Primär unterscheidet man infektiöse von nicht-infektiösen Ursachen. Infektiöse Erreger können Bakterien, Viren oder Parasiten sein. In der allgemeinmedizinischen Sprechstunde wird beim Erstkontakt eines Patienten mit dem Symptom Durchfall nicht in jedem Fall sofort ein mikrobiologischer Stuhl- abstrich veranlasst. Therapieziel ist primär die Symptomkontrolle mittels symptomatischer, kalkulierter Therapiemethoden. Erst bei unzureichendem Therapieerfolg oder bei Hinweisen für einen schweren Krankheitsverlauf bzw. weiteren behandlungsrelevanten anamnestischen oder klinischen Befunden wird ein mikrobiologischer Stuhl- abstrich notwendig. Hierbei sollte die Meldepflicht nach dem deutschen Infektionsschutzgesetz beachtet werden.

Aus der Jahresstatistik der meldepflichtigen Erkrankungen des Robert Koch-Institutes ist ersichtlich, dass in Deutschland am häufigsten virale Keime nachgewiesen werden. Am häufigsten treten Norovirus-Infektionen auf [3, 4].

Die Gruppe der nicht-infektiösen Ursachen gliedert sich in weitere Untergruppen auf, wobei hier die anamnestischen Angaben des Patienten von äußerster Wichtigkeit sind – unter anderem unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder akute/chronische Erkrankungen wie z.B. chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Malignome, Sprue, Immunsuppression.

Beispielhaft soll an dieser Stelle der endemische EHEC-Ausbruch (Enterohämorrhagische Escherichia coli) von 2011 in Deutschland genannt werden [5]. Dem Hausarzt kommt hierbei eine Schlüsselrolle zu. Seine Aufgabe ist es, die blanden Verläufe von den schweren zu selektieren und diesen Patienten weitere nicht-invasive oder invasive Diagnostikverfahren und nach Diagnosestellung die entsprechende Therapie zukommen zu lassen.

### Fazit

Für einige häufige Beratungsanlässe sind 2013 S1-Handlungsempfehlungen von der DEGAM initiiert worden. Diese hier vorliegende S1-Handlungsempfehlung soll dem behandelnden Arzt ein unterstützendes Element während seiner praktischen Tätigkeit in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde sein. Der Flow-Chart ist aus einem Konsensus-Prozess zwischen Autoren und Paten entstanden. Diese Handlungsempfehlung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern fokussiert auf eine grundlegende Vorgehensweise im Umgang mit Patienten mit Durchfall.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Martin Sander  
Marienstraße 2–4  
18439 Stralsund

<sup>1</sup> Facharzt für Innere Medizin im hausärztlichen Versorgungsbereich, „Ärztegemeinschaft am Strelasund“, Niederlassung, Stralsund

<sup>2</sup> Ärztin in Weiterbildung Medizinische Klinik I, Krankenhaus Bautzen, Oberlausitz Kliniken gGmbH

DOI 10.3238/zfa.2014.0108–0112

**Dr. med. Martin Sander ...**

... Jahrgang 1976, studierte in Berlin und Rostock Humanmedizin. Nach Abschluss der Weiterbildung ist er seit 2009 in seiner Stralsunder Praxis als Facharzt für Innere Medizin im hausärztlichen Versorgungsbereich niedergelassen. Sein besonderes Interesse liegt hierbei auch in der Weiterbildung junger angehender Ärztinnen und Ärzte.

**Dr. med. Katharina Gerlach ...**

... arbeitet seit 2012 als Ärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Innere Medizin in den Medizinischen Kliniken im Krankenhaus Bautzen.

**Literatur**

1. General practice activity in Australia 2008–09 [database on the Internet]. University of Sydney and the Australian Institute of Health and Welfare. 2009. <http://www.fmrc.org.au/publications/Books3.htm> (letzter Zugriff am 15.02.2014)
2. Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szececsenyi J. Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis – Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006–2009. München: Springer Medizin, Urban und Vogel GmbH, 2010
3. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Erkrankungen 2012. Berlin: Robert Koch-Institut; 2013. [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch\\_2012.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2012.pdf?__blob=publicationFile) (letzter Zugriff am 15.02.2014)
4. Eiffert H, Nau R. Noroviren – häufigste Ursache der akuten Gastroenteritis. Z Allg Med. 2010; 86: 254–8
5. Beutin L, Martin A. Outbreak of shiga toxin-producing escherichia coli (STEC) O104:H4 infection in Germany causes a paradigm shift with regard to human pathogenicity of STEC strains. J Food Prot. 2012; 75: 408–18

# Diagnose: unbezahlbar krank




**Jedes Jahr sterben 17 Millionen Menschen in Entwicklungsländern an Infektionskrankheiten. Viele könnten behandelt werden, aber die Medikamente sind oft zu teuer oder nicht verfügbar.**

**ÄRZTE OHNE GRENZEN tritt dafür ein, dass alle Menschen Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten haben.**

**Unterstützen Sie uns!**



**MEDECINS SANS FRONTIERES  
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.**

Bitte schicken Sie mir 

- allgemeine Informationen
- Informationen für einen Projekteinsatz
- Informationen zur Fördermitgliedschaft
- Die Broschüre „Vermächtnis für das Leben“

11.10.2011

Name

Geb.-Datum

Straße

PLZ/Ort

Ärzte ohne Grenzen e.V.  
Lieselingsweg 102, 53119 Bonn  
Spendenkonto 97 0 97  
Sparkasse Bonn, BLZ 380 500 00

## DEGAM S1-Handlungsempfehlung

**Akuter Durchfall****Epidemiologie, diagnostische und therapeutische Empfehlungen****Definition**

Akuter Durchfall ist ein Ungleichgewicht zwischen Sekretion und Resorption im Darm und kann durch unterschiedliche Ursachen hervorgerufen werden. Die Symptomatik dauert nicht länger als 14 Tage.

Kriterien [1–3]:  $\geq 3$  ungeformte Stühle/24 Std. oder Wassergehalt  $\geq 75\%$  oder Stuhlgewicht  $\geq 250\text{g}$

**Epidemiologie/Versorgungsproblem**

Durchfall gehört zu den 20 häufigen Beratungsanlässen in der Hausarztpraxis (Häufigkeit in SESAM-4: 3,4 %, in CONTENT-Studie: 4,0 % [6, 10]). Durchfallerkrankungen treten gehäuft in den Herbst- und Wintermonaten auf [11]. Davon betroffen sind eher jüngere Patienten [6].

**Einteilung des Schweregrades [4]**

- mild (keine körperliche Beeinträchtigung)
- moderat (Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten)
- schwer (schwere körperliche Beeinträchtigung)

**Prognose/Verlauf**

In der Mehrheit der Fälle handelt es sich um kurze (bis max. 14 Tage) und milde Krankheitsverläufe ohne bleibende Gesundheitsschäden. Davon abzugrenzen sind chronische Verläufe, die länger als 14 Tage dauern. Die vorliegende Handlungsempfehlung beschränkt sich auf akute Durchfälle (bis 14 Tage).

**Abwendbar gefährliche Verläufe**

- Hypotonie mit prärenalem Nierenversagen
- Schwere Elektrolytverschiebungen mit neurologischen (u.a. Vigilanzverlust) oder kardialen Komplikationen
- Verschlechterung einer Grunderkrankung bei fehlender Wirksamkeit bestehender Medikation
- Maligne Grunderkrankung
- Pseudomembranöse Kolitis bei Antibiotika-assoziiertes Diarrhoe
- Sepsis bei Durchwanderungsperitonitis
- Ausbildung eines Hämolytisch-uräemischen Syndroms (HUS) bei Infektion mit sog. Enterohämorrhagischen Escherichia coli (EHEC) → Vorgehen: siehe DEGAM S1-Leitlinie EHEC/ HUS [5] (Klassische Symptome: AZ-Reduktion, Blässe, Ödeme, Hämaturie, Hämolytische Anämie, Thrombopenie, Niereninsuffizienz)

**Diagnostik**

Die Diagnostik in der Betreuungsepisode besteht meist aus Anamnese und gezielter, symptombezogener klinischer Untersuchung [4]. Bei Beschwerdepersistenz, Verdacht auf einen schweren Krankheitsverlauf, Hinweise für eine maligne Grunderkrankung, Aufenthalt in den Tropen, Immunsuppression (Chemotherapie, HIV, Organtransplantation) oder stattgehabter antibiotischer Therapie in den letzten 2 Monaten sollten erweiterte Diagnostikmaßnahmen initiiert werden (mikrobiologische Stuhlkultur, Labor, Sonografie des Abdomens) [4].

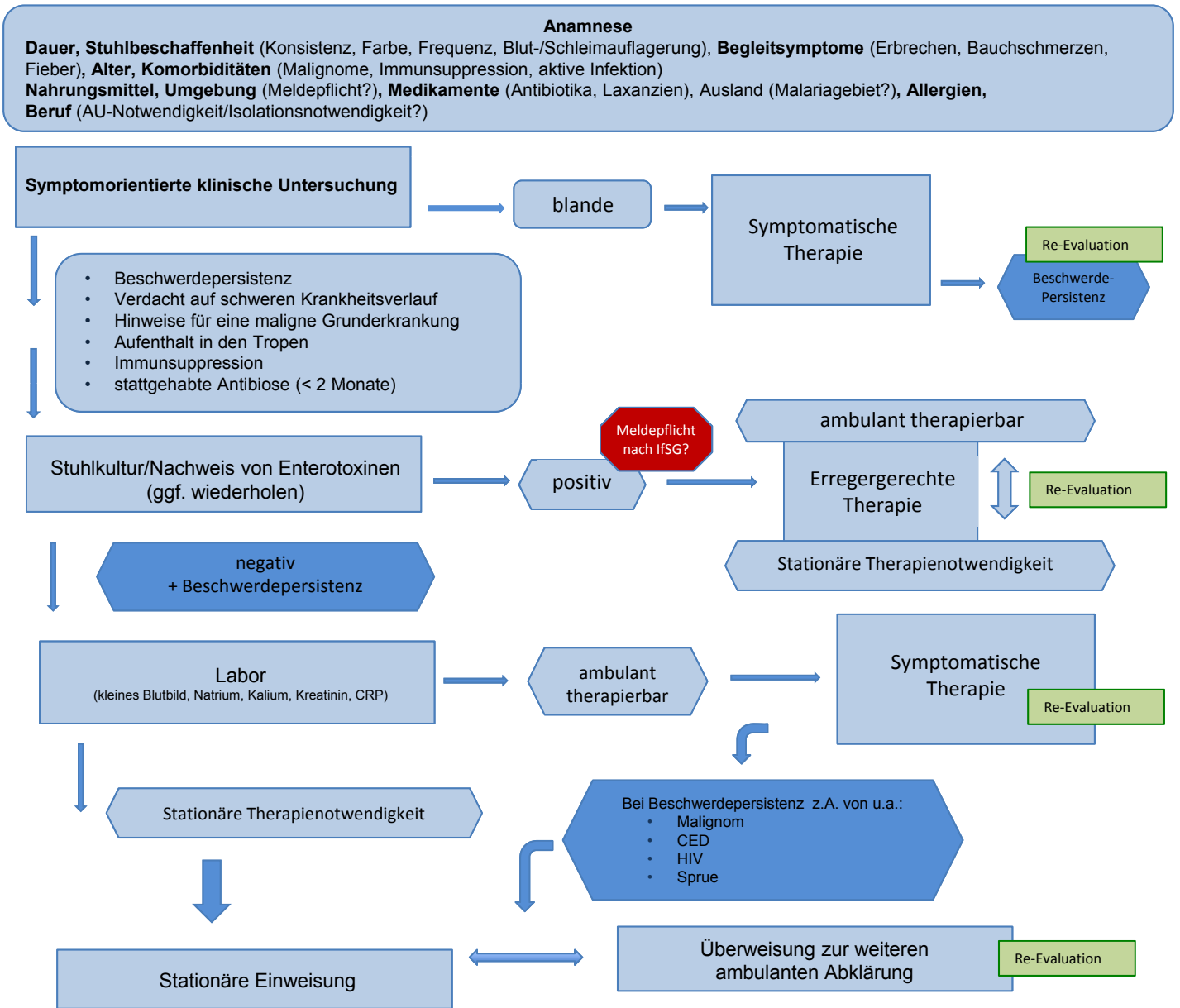
Die Überweisung zu Spezialisten oder die stationäre Abklärung/Therapie bleibt abwendbar gefährlichen Verläufen bzw. therapieresistenten Fällen vorbehalten [6, 7].

**Therapie**

Im Vordergrund steht die symptomatische Behandlung, der Umfang hängt vom klinischen Befund ab. Typische Therapiemaßnahmen sind: Ausreichende orale Flüssigkeits-/Elektrolytaufnahme, ärztliches Beratungsgespräch zur diätetischen Ernährung, Hygiene- sowie Verhaltensmaßnahmen (Händedesinfektion, Meidung von Gemeinschaftseinrichtungen, ggf. Arbeitsverbot im Gastronomie-/Lebensmittelgewerbe), bei Bedarf auch Verordnung von Antidiarrhoika bzw. Antiemetika und eventuell Probiotika [6, 7]. Die Einnahme von Probiotika (z.B. Lactobacillus GG, S. boulardii) zeigte eine Verkürzung der Krankheitsdauer (um etwa einen Tag) und kann in Erwägung gezogen werden. Erschwert wird eine eindeutige Empfehlung durch die hohe Diversität der verschiedenen eingesetzten Bakterien-Stämme und Inhomogenität der Studien [14, 15]. Im Vordergrund steht die Vermeidung eines Flüssigkeits- und Elektrolytdefizits. Auf eine ausreichende, erhöhte Flüssigkeitsmenge (z.B. Suppen, Tee) ist zu achten – insbesondere elektrolyt- und glukosereiche Produkte [16]. Bei akutem Durchfall sollte eine intensive sportliche Aktivität vermieden werden [13]. Bei Verdacht oder Nachweis von Rota-/Noroviren bzw. Salmonellen sind Gemeinschaftseinrichtungen bzw. lebensmittelverarbeitende Gewerbe zu meiden.

Eine antibiotische Therapie sollte nur bei Verdacht auf bzw. Nachweis von bestimmten bakteriellen Erregern entsprechend dem Resistogramm erfolgen (z.B. bei Clostridium difficile, Typhus, Shigellen, Amöben, Cholera) [8, 17]. Bei HUS ist die Verordnung einer probatorischen Antibiose nicht indiziert, da die Gefahr einer Verschlimmerung der Symptomatik durch evtl. vermehrte Toxinfreisetzung besteht [12]. Eine spezifische antivirale Therapie bei nachgewiesenen viralen Durchfallerregern steht derzeit nicht zur Verfügung [8].

## Behandlungsalgorithmus [4-9]



### Therapie

- symptomatisch
  - Ausgleich des Flüssigkeitsdefizits oral (Trinkmenge mind. 2 l/d), ggf. i.v.-Infusion
  - diätetische Ernährung/Stopfkost
    - ✓ Reis, Banane, Zwieback, Tee, Brühe
    - ✗ Kaffee, Säfte, Limonaden, Alkohol, fettige Speisen
  - Hygienemaßnahmen (Händewaschen, Toilettentrennung, Händedesinf. Isolation)
  - körperliche Schonung - AU-Notwendigkeit?
  - medikamentös: b. B. Antiemetika (z.B. MCP 3-4 x 10 mg/d), Antidiarrhoika (z.B. Loperamid 2 mg – max. 6 mg/d – nur bei unkompliziertem Verlauf und stark erhöhter Stuhlfrequenz. **CAVE:** Unerwünschte Wirkungen und Kontraindikationen beachten!)

- supportiv (Probiotika)
- Meidung von Noxen
- kausal

**CAVE!**

- ambulant keine Antibiotika ohne Keimnachweis (Toxinbildung↑)
- bei vitaler Gefährdung oder fehlender ambulanter Therapiemöglichkeit → **sofortige stationäre Einweisung**

**Autoren:** Martin Sander, Katharina Gerlach  
**Konzeption und wissenschaftliche Redaktion:** M. Scherer, C. Muche-Borowski, A. Wollny



## Abkürzungsverzeichnis

AM	Allgemeinarzt/-ärztin
AZ	Allgemeinzustand
BA	Beratungsanlass
BEACH	Bettering the Evaluation And Care of Health
CED	chronisch entzündliche Darmerkrankung
CONTENT	CONTinuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork
EHEC	Enterohämorrhagische Escherischia Coli
HUS	Hämolytisch-urämisches Syndrom
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KI	Kontraindikation
NW	Nebenwirkung
SESAM	Sächsische Epidemiologische Studie in der Allgemeinmedizin
TM	Trinkmenge
z.A.	zum Ausschluss
ZNS	Zentrales Nervensystem

## Literatur

1. Imhoff B, Morse D, Shiferaw B, et al. Burden of self-reported acute diarrheal illness in FoodNet surveillance areas, 1998–1999. *Clin Infect Dis* 2004; 38 Suppl 3: S219–26
2. Jones TF, McMillian MB, Scallan E, et al. A population-based estimate of the substantial burden of diarrhoeal disease in the United States; FoodNet, 1996–2003. *Epidemiol Infect* 2007; 135: 293–301
3. Sandholzer H. Allgemeinmedizin eine vorlesungsbegleitende problemorientierte Darstellung, 1. Aufl. Niebüll: videel, 2005
4. DuPont H. Guidelines on acute infectious diarrhea in adults. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:1962–1975
5. Kochen MM, Kaduszkiewicz H, Scherer M. S-1 Leitlinie EHEC/HUS Epidemiologische und klinische Informationen (2011). [http://www.degam.de/fileadmin/user\\_upload/degam/Aktuelles/2011/DEGAM\\_S1-LL\\_EHEC\\_10-6-2011.pdf](http://www.degam.de/fileadmin/user_upload/degam/Aktuelles/2011/DEGAM_S1-LL_EHEC_10-6-2011.pdf)
6. Gerlach K. Durchfall als Beratungsanlass in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde. Dresden: Technische Universität Dresden, 2011
7. Britt H, Valenti L, Miller G, Charles J. Presentations of diarrhoea in Australian general practice. *Aust Fam Physician* 2005; 34: 218–219
8. Eiffert H, Nau R. Noroviren – häufigste Ursache der akuten Gastroenteritis. *Z Allg Med* 2010; 86: 254–258
9. Beaugerie L, Sokol H. Diarrhées infectieuses aiguës de l'adulte : epidemiologie et prise en charge. *Presse Med* 2013; 42: 52–9
10. Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J. Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis – Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006–2009 München: Springer Medizin Urban und Vogel GmbH, 2010
11. Robert Koch-Institut. Jahresstatistik meldepflichtiger Krankheiten nach Bundesland, Deutschland, 2007 und 2008. In: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008. <http://www.rki.de> (letzter Zugriff 21.02.2014)
12. Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (2011) EHEC und Antibiotikabehandlung. <http://www.ehec-register.de> (letzter Zugriff 21.02.2014)
13. de Oliveira EP, Burini RC. The impact of physical exercise on the gastrointestinal tract. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2009; 12: 533–8.
14. Guandalini S. Probiotics for prevention and treatment of diarrhea. *J Clin Gastroenterol* 2011; 45 Suppl: S149–53
15. Allen SJ, Martinez EG, Gregorio GV, Dans LF. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2010: CD003048
16. WHO. Diarrhoeal disease. Facts sheet. 2013; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/index.html> (letzter Zugriff 14.04.2013)
17. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. February 2012; <http://www.worldgastroenterology.org/acute-diarrhea-in-adults.html> (letzter Zugriff 30.05.2013)

**Autoren: Martin Sander, Katharina Gerlach**

**Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: M. Scherer, C. Muche-Borowski, A. Wollny**

Stand 2013 © DEGAM [www.degam-leitlinien.de](http://www.degam-leitlinien.de)

**DEGAM Leitlinien**

Hilfen für eine gute Medizin

