

S. Wilm
A. Knauf
R. Kreilkamp
U. Schlegel
A. Altiner

Der Hausarzt, sein Patient und der Auswurf

The Doctor, his Patient and the Sputum

Zusammenfassung

Akuter Husten mit Auswurf ist ein Alltagsphänomen in der Hausarztpraxis. Patient und Arzt bringen beide ihre Krankheitskonzepte in die Begegnung in der Sprechstunde ein. Anhand von Interview- und Konsultationstexten wird gezeigt, wie nahe diese Konzepte beieinander liegen, wie sie den Aushandlungs- und Entscheidungsfindungsprozess beeinflussen und wie sie historischen Modellen ähneln.

Schlüsselwörter

Allgemeinmedizin · Husten · Sputum · Krankheitskonzepte

Abstract

Acute productive cough is a daily phenomenon in General practice. Both patient and doctor bring in their concepts of disease during the consultation. From transcripts of interviews and consultations we can show how closely related these concepts are, how they influence participative decision making and how they resemble historical models.

Key words

General practice · cough · sputum · concepts of disease

Einleitung

Das Symptom Husten ist ein Alltagsphänomen, das wahrscheinlich so lange wie die Menschheit existiert, also eine anthropologische Konstante. Die Vorstellungen von Patienten und Ärzten aber zu den Ursachen, den Behandlungsmöglichkeiten und der Prognose des akuten Hustens haben sich in Abhängigkeit und Austausch miteinander weiterentwickelt.

Während über diese Krankheitskonzepte [1] von Patienten seit 20 Jahren geforscht wird und auch zu akutem Husten Publikationen vorliegen [2–5], gibt es zu den Krankheitskonzepten von Hausärzten kaum empirisches Material. Als Professionelle im Gesundheitswesen vermutet man bei ihnen wissenschaftlich fundierte, in Aus- und Weiterbildung erworbene, durch klinische

Erfahrung und Fortbildung gefestigte und weiterentwickelte Konzepte, die sich von der Vorstellungswelt der Patienten deutlich unterscheiden.

Geschichte der ärztlichen Krankheitskonzepte

Die um 400 v. Chr. in Griechenland entstandene Lehre der Humoralpathologie in ihrer von Galenus von Pergamon (um 129–199) niedergelegten Systematik war bis ins 19. Jahrhundert n. Chr. hinein das bestimmende Lehrgebäude der Medizin im Abendland. In der Humoralpathologie waren den vier Humores des menschlichen Körpers (Blut, Schleim, schwarze Galle, gelbe Galle) vier Organe (Herz, Gehirn, Milz, Leber) sowie die vier Elemente (Luft, Erde, Wasser, Feuer) zugeordnet. Für die Gesundheit

Institutsangaben

Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Korrespondenzadresse

Dr. med. Stefan Wilm · Abteilung für Allgemeinmedizin · Universitätsklinikum Düsseldorf · Postfach 10 10 07 · 40001 Düsseldorf · E-mail: wilm@med.uni-duesseldorf.de

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 67–73 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-921487
ISSN 0014-336251

des Menschen verantwortlich waren die ausgewogenen Mischungsverhältnisse der vier Säfte, die sich durch die vier Qualitäten warm/kalt und trocken/feucht bestimmten [6]; Krankheiten entstanden durch Störungen (Dyskrasie) dieser Ausgewogenheit. Die Humoralpathologie hatte die Vorstellung, dass der Körper sich von krank machenden Überschüssen und Überdrücken befreien muss, sich also von innen her reinigt. Dabei entleeren sich z. B. Lunge und Brust über Husten und Auswurf; Kopf und Gehirn über Nase, Ohren, Mund und Kopfschweiß [7]. Zwar standen dem Körper diese eigenen Mittel zur Verfügung, sich von seinem Überschuss und Überdruck zu befreien, doch oft musste man der Wiederherstellung des Säftegleichgewichtes durch Aderlass, Ziehpflaster, Schwitzkuren und ähnliche medizinische Behandlungen künstlich nachhelfen. Diese Behandlungspraktiken veränderten sich (zunächst) auch nicht mit der Ablösung der Humoralpathologie durch das mechanistische Lehrgebäude, da das Problem, die Beseitigung von Stockungen, das Gleiche blieb [8]. „Um sich zu erholen, um sich zu kräftigen, musste der alte Körper ‚fließen‘ – Eiter, Blut, Schweiß mussten aus ihm getrieben werden. Darin waren sich Bauern, Frauen und praktizierende Ärzte einig“ [9].

Johann Heinrich Zedlers Universal-Lexicon, das größte Lexikon des 18. Jahrhunderts und damit Spiegel sowohl des allgemein gültigen wie des professionellen Wissens, bemerkt zum Stichwort Huste/Husten u. a.:

Husten kann Vorbote einer Krankheit (etwa Pocken, Masern oder Lungensucht) sein; „zu anderer Zeit ist er aber auch endlich die Kranckheit selbst, da die Patienten welche sich im Übrigen wohl auf befinden, über nichts als den Husten klagen dörrffen.“ Zu den Ursachen des Hustens, der durch Reizung der Atmungsorgane entsteht, zählt es u. a.:

- gar zu kalte Luft, zumal „die Erfahrung überflüssig bezeuget, dass der Husten im Winter fast alle Leute überfällt“;
- „Gerinnung derer Säfte, welche entweder in denen Lungen, oder einem anderen Theile der Brust erregt worden.“ Die „in der Brust gesammelten Flüsse“ als Ursache des Hustens können „entweder ein zähes, festes und dickes, oder ein wässriges und scharffes Wasser haben, also ist der Husten auch nach diesem Unterschiede unterschiedlich, so, dass durch selbigen bald ein zähes und schleimigtes, bald aber ein wässriges und scharffes Wasser ausgeführt wird“;
- „Eyter, welches in der Brust, oder in denen Lungen angetroffen wird“.

„Oben haben wir zwar gesaget, dass der von Flüssen entstandene Husten dienlich sey, doch ist zu mercken, dass sich selbiger zuweilen in eine langwierige Kranckheit verwandele, wenn er nemlich zu lange anhält. Und zur selben Zeit haben die Lungen wahrscheinlich eine besondere Eigenschafft erlanget. ... dass sie nemlich allen Unrath im Leibe anziehen und durch den Husten ab- und aussondern. So lange nun dieses gut vor sich gehet, so empfinden die Patienten keine Ungelegenheit, aber wenn sich die Aussonderung verstopffet, so wollen sie ersticken und bekommen endlich blinde Lungen-Geschwüre.“

„Den Husten zu curiren muss, man auf desselben Ursachen setzen.“ Als Arzneien werden daher zum Einnehmen je nach Ursache wärmende, verdünnende, zerteilende, krampflösende,

schweißtreibende, aber auch verdickende, entgiftende, Schärfe mäßigende, schmerzstillende Mittel empfohlen.

Allerdings warnt der Autor bei Fieberpatienten vor dem Einsatz hustenlindernder und schmerzstillender Stoffe wie Opiat: „Wollte man also den Husten eines solchen Patienten mit schmerzstillenden und verdickenden Arzeneien begegnen; würde man gewiss nichts anders thun, als die Natur an ihrem Auswurffe verhindern, und bey so gestalteten Sachen, da die Säfte ohnedem zu Stockung geneigt sind, den Patienten mit leichter Mühe in einen tödtlichen und ewigen Schlaf bringen. Dahero man sich viel lieber aller dieser Mittel enthält, und nur dem Fieber zu begegnen suchet“ [10].

Über historische Krankheitskonzepte von Patienten im humoralpathologischen Modell liegen viele Quellen vor [11]. Es fällt nicht schwer, in diesem Kontext die heute noch bei Patienten gebräuchlichen Hustenbehandlungen wie Kräuterzubereitungen (u. a. Kümmel, Efeu, Fenchel, Spitzwegerich, Huflattich, Thymian und Primel) zum Schleimlösen oder die Brustwickel zum Hustenlindern und Schleimlösen als Spuren der Humoralpathologie zu verstehen.

Aber finden wir dieses Konzept der Behandlung, insbesondere der Förderung des Auswurfs bei akutem Husten auch bei uns, den Hausärzten der Gegenwart? Spielt es eine Rolle in der Begegnung mit unseren Patienten?

Methodik

Studienteil I

2002 wurden im Rahmen der Querschnittsstudie DHHS („Düsseldorfer Hausarzt-Husten-Studie“) [12] im Raum Düsseldorf in 20 Hausarztpraxen 20 Hausärzte und 36 ihrer Patienten mit akutem Husten interviewt. Die Ärzte (7 weiblich, 13 männlich) waren seit Jahren bis Jahrzehnten als Hausärzte niedergelassen.

Einschlusskriterien für die Patienten in die DHHS waren: Alter über 16 Jahre, Husten seit maximal 3 Wochen, keine chronische Lungenerkrankung (z. B. Asthma bronchiale, COPD), kein Immundefizit bzw. immunsupprimierende Therapie. Die Erhebungseinheit der Patienten umfasste insgesamt 232 Personen (93 weiblich, 139 männlich, Altersspanne 16 bis 82 Jahre), die im Durchschnitt seit 8 Tagen vor der Konsultation des Hausarztes husteten (Spannbreite 1–21 Tage).

Aus jeder Praxis wurden nach freier Auswahl durch den Arzt zwei Patienten für die Interviews rekrutiert; 4 Interviews aus vier Praxen kamen nicht zustande. Die 36 interviewten Patienten (25 weiblich, 11 männlich) waren im Mittel 42 Jahre alt (Altersspanne 18–78 Jahre). Sie wurden unter Hinweis auf ein vorheriges Aufklärungsgespräch mit dem Hausarzt von den Interviewern zuhause angerufen und um ihre Einwilligung zum Interview gebeten.

Thema der episodischen offenen Interviews [13] mit Ärzten und Patienten war der akute Husten mit Auswurf. Durch Erzählstimuli sollten möglichst lange narrative Passagen erreicht werden („Erzählen Sie mal – was fällt Ihnen denn so zu Ihren Patien-

ten mit akutem Husten mit Auswurf ein?'). Wenn interessierende Aspekte – nämlich die zu Ursachen und Behandlung – nicht spontan ausreichend angesprochen wurden, folgten am Ende des Interviews theoriegeleitete Leitfadenfragen. Die Interviews wurden von zwei vorher geschulten Medizinstudenten (w/m) mit den Patienten bei diesen zuhause wenige Tage nachdem sie ihren Hausarzt konsultiert hatten geführt (Februar/März 2002). Die Arztinterviews folgten im Juni 2002 in deren Praxen. Die Interviews wurden auf MiniDisc aufgezeichnet und vollständig transkribiert.

Die Hausarztinterviews hatten eine Durchschnittsdauer von 20 Minuten (Spannbreite 10–33). Die Patienteninterviews dauerten im Schnitt 13 Minuten (Spannbreite 2–54).

Studienteil II

Ebenfalls 2002 wurden weitere 8 nordrheinische Allgemeinärzte (Lehrärzte der Abteilung; 3 weiblich, 5 männlich) einbezogen. Sie waren aufgrund einer vorangegangenen Studie mit 16 Hausärzten [14] als Viel- oder Wenigverschreiber (jeweils vier) von Antibiotika eingeordnet worden. Sie zeichneten nach vorherigem Einverständnis der Patienten mittels MiniDisc insgesamt 42 Konsultationen wegen akutem Husten auf. Als Einschlusskriterien für die Patienten galten die gleichen wie oben genannt; alle kamen erstmals wegen dieser Hustenepisode, waren aber dem Arzt schon länger bekannt. Die 42 Patienten (23 weiblich, 19 männlich) waren zwischen 16 und 72 Jahre alt. Die aufzuzeichnenden Konsultationen wurden von den Arzthelferinnen nach den Einschlusskriterien ausgewählt; die Tonaufzeichnung begann vor Betreten des Sprechzimmers durch Patient und Arzt (methodische Details siehe [15]).

Für die hier gewählte Fragestellung zum Krankheitskonzept zu „Auswurf bei akutem Husten“ erfolgte als qualitative Inhaltsanalyse eine von jeweils zwei bzw. drei unabhängigen Auswertern cross-validierte, von der Auswertungs-Software winMAX [16] unterstützte Auswertung der Transkripte der Interviews und der Konsultationen mit axialem Kodieren im Kontext [13] zu der Kategorie ‚Auswurf‘.

Methodenkritisch ist anzumerken, dass durch die Ausrichtung des ersten Teils der DHHS auf Patienten mit akutem Husten mit Auswurf in den Interviews bei den Befragten eine forschungsbedingte Sensibilisierung für das Thema ‚Auswurf‘ vorlag. Dem wurde mit dem Bemühen um lange narrative Passagen und dem kritischen Umgang bei der Auswertung zu begegnen versucht.

Die im Folgenden ausgewählten Zitate stehen exemplarisch für Aussagen, die sowohl die Breite und Vielfalt des Feldes als auch viele Befragte zu Wort kommen lassen sollen.

Ergebnisse

Arztinterviews

Alle 20 interviewten Hausärzte thematisierten spontan bei der Erzählung über den Umgang mit ihren Patienten mit akutem Husten und Auswurf das Sputum. Für 18 war die Auswurfart für ihre Überlegungen zu Diagnostik und Therapie relevant, für 6 die Sputumkonsistenz. Für 16 war die Verfärbung des Aus-

wurfs ein Kriterium, ein Antibiotikum einzusetzen. 10 Hausärzte berichteten, häufig und gern Mucolytica einzusetzen; 6 äußerten sich dazu ambivalent, 2 Befragte lehnten Mucolytica explizit ab.

Husten als Reinigung

Husten und Auswurf wird von den Ärzten eine Reinigungsfunktion zugeschrieben, der durch geeignete differenzierte Maßnahmen nachgeholfen werden soll.

Oft husten sie [die Patienten] ja ohne Auswurf, so im Beginn, wenn sie einen roten Hals haben, dann haben sie halt einen Reizhusten, und wenn sie dann Auswurf haben, dann ist es ein bisschen tiefer gerutscht, und es kommt auch von oben was runter, und der Auswurf, wenn das nicht eine banale Sache ist... dann wird der Auswurf halt zäher und gelber. (A1.06)

Ansonsten ist Husten immer ein natürlicher Selbstreiniger. Man kann nichts blöderes tun, als den Organismus bei diesem natürlichen Prozess zu behindern. Es gibt keine bessere Methode um krank zu werden, indem sie Natur behindern. Dann schlägt die Natur immer zurück. (A2.02)

Hustenblocker, das war oft ja früher... aber da hat sich die Einstellung... doch etwas geändert, insofern, als die Patienten jetzt einsehen, dass Husten ein notwendiger Reinigungsprozess ist... Dass man also praktisch das Sekret husten muss, was sich da gebildet hat, also muss der Husten ja sein. Wenn ich den unterdrücke, kann ich nicht abhusten. Also bleibt das Sekret, wo es ist. (A1.05)

Ich gebe Empfehlungen, dass die Leute inhalieren, Bronchialtoilette machen... Entgegen den Empfehlungen, entgegen der wissenschaftlichen Studien, die ja mindestens eine zweifelhafte Bedeutung den Mucolytica zuordnen, gebe ich das recht häufig... weil ich denke, dass sie in vielen Fällen helfen... Hustenstiller auch schwierig. In der Akutphase in der Regel nein, weil ich den Leuten versuche klarzumachen, dass sie die Exzeration machen sollen, die Mucolytica kontrariert ja die andere Behandlung. Ich sag denen bitte jetzt abhusten... In der Anfangsphase einer Bronchitis, wo ich die Schleimproduktion fördern möchte, kriegen die Leute keinen Hustenstiller, nein. (A2.07)

[Ich] gebe morgens ein kurzwirkendes Mucolyticum, also nicht ein über 24 Stunden wirkendes, ... und gebe abends einen Hustenstiller, abends separat zum Schlafen... Also um Gottes Willen nicht zusammen... Ich sag es den Patienten auch und die kapierten das auch sofort, wenn man dem sagt, sie können nicht einen Hustenstiller und einen Hustenlöser zusammen nehmen. (A2.04)

Wenn es ein sehr festsitzender Husten ist ... immer nur ein bisschen, es kommt nicht so richtig raus, dann geben wir mal eher ein Lösungsmittel, Mucolyticum. Weil das hängt eben von der Hustenart ab. (A1.03)

Wenn ich feststelle, dass er feuchte oder sogar trockene bronchiale RGs hat, dann tue ich ihn behandeln... Ich verschreibe immer Antibiotika in Verbindung mit schleimlösenden Mitteln... Und zusätzlich gebe ich den Leuten dann Hinweise, um die Umwelt besser zu gestalten. Ich gebe dann Hinweise für Raucher, nicht mehr zu rauchen, ich [bewege] die Leute, wenigstens für eine bestimmte Zeit, keine kalten Getränke zu trinken, nur warme Getränke. (A1.02)

Also Raucher, denen gebe ich sehr gerne ACC, wenn es mehr trocken ist, kriegen sie eher Mucosolvan oder Bromhexin, wenn sie auf Natur stehen kriegen sie irgendwas anderes. (A2.03)

Z.B. Efeupräparat, oder Sinupret Primeln, das sehr gut wirkt, und halt die Leute drei Liter Fencheltee zu trinken, die Nicht-Diabetiker ruhig mit ein bisschen Honig dabei, weil das ein supergutes Mittel ist, um den Husten flüssig zu kriegen, dass sie aushusten können. (A1.04)

Lindenblütentee, der löst gut, dann schwitzen sie, und gebe ihnen Verhaltensmaßregeln, ... dass sie sich möglichst abends auch mal ein heißes Bad machen, dass sie versuchen zu schwitzen, dass es sich so löst. (A1.06)

Farbe und Konsistenz

Farbe und Konsistenz des Auswurfs spielen bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen eine wichtige Rolle. Insbesondere beeinflusst die Farbe des Sputums die Verordnung eines Antibiotikums – sei es als Mosaikbaustein, sei es zu 100%.

Dabei interessiert mich ganz wichtig, seit wann das geht, wie viele Tage schon, ob Auswurf da ist, oder ob es ein trockener Reizhusten ist, wenn Auswurf da ist die Farbe des Auswurfs. (A1.04)

Auswurf wird selten verbalisiert, muss man fragen. Die meisten schlucken nämlich ihren Auswurf runter... Dann muss man beschreiben was Auswurf ist. Das ist nämlich nicht die Spucke, sondern die Flatschen, die aus der Tiefe kommen. Das Ungewohnte, was da auf einmal so als Schlabberkram so herumhängt. Und ich fordere die auch meistens auf den ins Taschentuch zu nehmen. Also ich gucke mir das auch nicht so gerne an, bin ich auch nicht so scharf darauf. Aber es ist schon wichtig. Färbung, Konsistenz... Das ist ein Mosaikbaustein, ein Baustein der Diagnose, aber nicht der Beweis einer schweren Krankheit. (A2.02)

In der Regel ist es ja so, dass die Geschichte mit einem Virusinfekt anfängt, und dann kann er halt nach drei, vier Tagen, kann das Sputum sich verfärben, und das ist dann, ja nachdem, auch wenn man nichts hört, beim Abhören, steigt man antibiotisch ein oder nicht... Grünlich, gelblich, das ist für mich schon kritisch. Wenn es dann auch anhaltend ist, dann – nicht nur morgens einmal, so kleine Bröckchen, das wäre für mich ein Zeichen, dass das bakteriell ist. (A1.07)

Ob das jetzt grün oder braun oder gelb ist, das ist eine Frage des Bakteriums, aber nicht unbedingt eine Frage der Erkrankung. (A1.01)

Die Farbe spielt eine sehr große Rolle, und wenn das nicht schlüssig ist, dann lasse ich sie spucken, in der Praxis, und ich untersuche die Farben. Das bedeutet 100% dann Antibiotika... Gelb-grün ist für mich eine eitrige Bronchitis. (A1.02)

Wenn der Auswurf gelb-grün ist, würde ich ohne Diskussion ein Antibiotikum ansetzen. Ich frage immer nach. (A2.01)

Häufig löst es sich dann, dann haben sie auch irgendeinen Schleimlöser genommen, und dann sagen sie auch kommt gelb raus und dann muss man sich schon überlegen und man hört dann gelegent-

lich auch was. Und dann gibt man so in der freien Praxis ex juvenibus doch ein Antibiotikum. (A2.06)

Obwohl, wenn der keine Temperatur hat, und nicht geschwitzt hat, und trotzdem gelb-grün hat, gibt es auch, das sind oft Jüngere, die kein Antibiotikum brauchen, wo der Schleim halt sekundär von den Bakterien so gefuttert worden ist. (A1.04)

Da denke ich durchsichtig, weiß und relativ flüssig klingt für mich mehr nach viral. (A2.03)

Wobei ich mir den Auswurf manchmal zeigen lasse, weil da manchmal wilde Sachen erzählt werden. Gibt es einen Becher da können die Leute dann reinspucken. Dann kann ich es mir angucken. (A2.07)

Husten und Auswurf haben in den Äußerungen der Hausärzte keinen direkt bedrohlichen Charakter; Auswurf ist ja in der Form nichts Schlimmes (A2.02). Allerdings kann eine Bedrohung hinzutreten, wenn die Erkrankung in eine Pneumonie übergeht. Wenn ich höre, der hat gelb-grünlichen Auswurf, mache ich das praktisch nie ohne Antibiotikum. Um nicht eben Gefahr zu laufen, dass er doch eine Pneumonie dann kriegt. (A1.03)

Patienteninterviews

Von den 36 interviewten Patienten berichteten 29 über verfärbtes Sputum. Von ihnen empfanden 14 dies als bedrohlich; 11 wegen der Farbe, 3 wegen der Konsistenz des Auswurfs.

23 der 36 Patienten (64%) haben ein Antibiotikum verschrieben bekommen.

Sorge und Bedrohung

In den Äußerungen der Patienten kehrt regelmäßig das ‚etwas‘, das ‚das‘, das ‚es‘ wieder. Es ist etwas Fremdes, möglicherweise Bedrohliches: der Schleim. Er ist vom Körpergefühl her nicht genau zu orten im Brustkorb.

Ich bin als Kind zweimal an Lungenentzündung erkrankt und habe empfindliche Bronchien. Und das ist an und für sich immer meine Sorge, dass sich da etwas entwickelt. Deshalb gehe ich hauptsächlich zum Arzt, um die Lunge abhören zu lassen. (P2.16)

... nicht, dass es irgendwann die Bronchien oder die Lungen angreift... Man hört dann manchmal was oder fühlt so ein bisschen was, Rasseln da irgendwo unten drin, und das zeigt dann auch, dass da irgendwo noch was quersitzt, was da normalerweise nicht hingehört. (P1.01)

Es tat weh; ich weiß nicht, was das genau ist, was jetzt wehtut, da habe ich eben keine Ahnung, das tat weh, im Brustkorb. (P1.07)

Ich merke dann auch ganz genau, wo er sitzt... Er sitzt fest, ich merke auch förmlich, dass er drückt, dieser Husten, und dass er rauswill, aber so das Gefühl, er findet nicht den Weg nach draußen. (P1.14)

Fest und grün

Und am Freitag war ich dann bei dem Arzt und der hat zunächst beim Abhören nichts gehört, und da war der Schleim auch nicht entzündet. (P2.15)

Weiß empfinde ich ziemlich wenig, gelb finde ich intensiver, und grün finde ich eigentlich noch intensiver. (P1.01)

Da hat man das auch eindeutig gesehen, dass das so gelber, grünlicher Schleim war, der dann abgehustet wurde, dass es bakteriell war. (P1.06)

Ich will husten, und kann nicht richtig das aushusten, aber das bleibt irgendwie im Körper. (P2.11)

Morgens sitzt er sehr fest, jetzt habe ich Aspectontropfen, und die lösen sehr gut... Wenn man viel trinkt, löst sich alles besser... Wenn das hauptsächlich flüssig rauskommt, ist es wohl eher viral oder allergisch bedingt. (P1.04)

Ich habe dann auch geröchelt wie ein Teufel... Echter, purer Husten. Der hat sich so festgeknabbert, ich habe hier wie wild rumgehustet, und er hat sich kein bisschen gerührt... Ich gehe davon aus, dass das ein Virus ist oder war, aber mittlerweile ist das schon so am Rasseln, dass es schon bakteriell sein müsste. O-Ton Doktor X... Ich merke jetzt schon nach der dritten Tablette, da tut sich was. Es muss jetzt nicht unbedingt an der Antibiotika liegen, aber ich denke, dass ist es. Sonst hätte ich wahrscheinlich immer weiter rumgeraschelt. Gestern Abend war es noch dicht, aber heute Morgen fing es an... Ja, und trinken, damit der Körper nicht austrocknet, und das es sich hier auch noch bilden kann, dass es sich ablöst. (P1.05)

Ich sage mal, ich habe hier mein Volkswissen, dass eben viel Trinken den Schleim löst. Warum sollte ich das nicht glauben, ich glaube schon, dass das hilft. (P1.10)

Konsultationen

In 31 der 42 analysierten Konsultationen wegen akuten Hustens kam das Patient-Arzt-Gespräch auf das Thema Auswurf. In 20 Konsultationen sprach der Hausarzt das Sputum direkt oder indirekt zuerst an; 10 Patienten berichteten daraufhin davon, 10 reagierten nicht. In 11 Konsultationen thematisierte der Patient zuerst den Auswurf; 5 Hausärzte gingen darauf ein, 6 reagierten nicht. In 19 Konsultationen empfahlen die Ärzte Mucolytica.

10 der 42 Konsultationen (24%) endeten mit der Verordnung eines Antibiotikums; anhand der Textanalyse lässt sich zeigen, dass bei 3 von 10 das Gespräch über die Farbe des Auswurfs direkt zum Antibiotikarezept führt.

Schleimlösen

Mucolytica wird von den Ärzten eine unterstützende Wirkung zugeschrieben, die sie den Patienten empfehlen: zum Schleimlösen, damit das gut läuft, dann löst sich das Ganze, denn dann löst es sich besser, damit das freier wird. Hier findet sich die in den Patienteninterviews sichtbar gewordene Benennung des Auswurfs als ‚das‘ oder ‚es‘ in gemeinsamer Sprache wieder. Auch für die Patienten sind Mucolytica ein Thema. Allerdings weisen die Hausärzte oftmals darauf hin, dass Mucolytica nützlich sind, die Patienten sie aber selbst bezahlen müssen. Daneben wird zu Trinken und Inhalieren, Feuchtigkeit, geraten.

Arzt: Dann würd ich Ihnen vorschlagen, auch was zum Hustenstoppen und was zum Hustenlösen. Zum Lösen nehmen Sie tagsüber morgens, zum Hustenstoppen abends. (Nr. 511)

A: Das hört sich ziemlich verschleimt an alles.

Patient: Es kommt auch gelber Schleim beim Spucken.

A: Ja? Gelb sieht der aus?

P: Gelb, ja.

A: Löst sich das Ganze denn?

P: Ja, so ein bisschen, wie soll ich sagen, sind so kleine Klumpen. Aber ist doch gut, wenn die rauskommen.

A: Ja, natürlich ist das gut. (Nr. 478)

A: Der Husten ist trocken, der muss flüssiger werden. Dafür würd ich Trinken verschreiben. (Nr. 252)

A: Und die Stimme, dass irritiert das sie jetzt weg ist, aber die kommt auch wieder. Und zwar dann, wenn der Schleim sich löst. Das geht von innen. Also, Dampf-inhalation und weiter trinken, trinken, trinken. Heiße Getränke sind vor allen Dingen gut, weil, klar, da inhaliert man auch den Dampf mit und man hat so den Eindruck, dass wenn man Heißes trinkt, dann auch mehr rausgetrieben wird. (Nr. 277)

A: O.k., dann will ich mal abhören... So, wollen wir mal tief einatmen. [Arzt hört ab] Jo, das brummelt aber ganz gehörig auf den Bronchien. Da ist noch schön was an Schleim da.

... Wichtig ist, dass Sie ganz viel trinken... Feuchtigkeit ist ganz wichtig, damit das wieder raus kann.

...

A: Soll ich Ihnen was aufschreiben, damit es ein bisschen besser wird?

P: Ja ich nehme zwei Hustensäfte. Ich weiß nicht ob die helfen.

...

A: Das Mucosolvan ist eigentlich in Ordnung, das können Sie gut machen, um das so ein bisschen zu unterstützen, das sich das löst halt. (Nr. 124)

Auswurf, Eiter und Lungenentzündung

Wie in den Interviews bereits deutlich wurde, stehen die Hausärzte bei der Entscheidungsfindung oft vor den gleichen Fragen: Viral oder bakteriell? Banal oder bedrohlich? Verschiedene Faktoren werden zur Entscheidung einbezogen.

P: ... Dann hab ich angefangen ACC zu nehmen, Schleimlöser. Und dann ist der ganze Infekt auch tiefer abgerutscht und seitdem huste ich ganz krass. ...

A: Fühlen Sie sich denn auch krank?

P: Eigentlich nicht, ein bisschen schlappig, aber sonst.

A: Kommt was raus beim Husten?

P: Ja, Schleim.

A: Wie sieht der aus?

P: Am Anfang mehr gräulicher, jetzt mehr weißlicher.

A: Hm, darf ich mal abhören?

P: Sicher. Ich hab mir jetzt auch kein ACC mehr, nichts mehr genommen.

A: Fieber haben Sie nicht?

...

A: ... Denken Sie, dass ich Antibiotika zücke, aber eigentlich neige ich nicht dazu, weil

P: Muss nicht sein.

A: Sie, das ist, Sie haben keinen grünen Auswurf, Sie haben kein Fieber. Ich ähm denke es ist ein Virusinfekt, und der ist mal durchgewandert.

...

P: *Hab noch Urlaub, jetzt die Woche. Darum hab ich ja jetzt auch ACC drauf gemacht, weil das eigentlich doch effektiv ist.*

A: *Jo.*

P: *Sehr effektiv, aber war wohl doch zu eitrig. (Nr. 218)*

A: *So, bitte mal ein und ausatmen. Husten Sie mal kräftig.*

P: *[hustet stark] Ui, sitzt fest. Sitzt richtig fest.*

A: *Sitzt richtig fest, ja. Noch mal kräftig husten.*

...

A: *Hat Doktor X Ihnen Schleimlöser aufgeschrieben?*

P: *Nee, hat er mir nicht gehabt. Hat mir nur die Antibiotikatabletten aufgeschrieben.*

A: *Haben Sie das Gefühl, dass Sie noch mal was brauchen von den Antibiotika?*

P: *An und für sich nur was für den Husten, dass es rauskommt.*

A: *Zum Schleimlösen.*

P: *Ja, das dat weggeht.*

...

A: *Ich schreib Ihnen noch Gelomyrtol auf, das ist mit Eukalyptus, ja? Das ist mit Schleimlöser, ja?*

P: *Ja.*

A: *Wenn es nicht besser wird, dann gehen Sie zum Röntgen... Drei-mal eine Gelomyrtol und einmal eine Fluimucil zum Schleimlösen. Eine morgens zum Schleimlösen.*

P: *Ja.*

A: *Können Sie im Wasser auflösen. Keine drei davon nehmen, eine ist*

P: *Eine ist reichlich. Nee, ist klar.*

...

A: *Wenn das jetzt anhält mit dem Fieber und so, dann müssen Sie sich röntgen lassen, ob da auch eine Lungenentzündung auch dahinter steckt.*

...

A: *Ansonsten weiter Bettruhe, viel trinken.*

P: *Ja, trinken tu ich an für sich viel.*

A: *Inhalieren mit Kamille.*

P: *Ich hab, nee, mit Kamille hab ich nicht inhaliert. Ja, dieses – Meersalz.*

A: *Ja, ist auch gut, Hauptsache die Bronchien werden feucht. (Nr. 355)*

A: *Wenn Sie irgendwann grünen Schleim aushusten, oder gelben, oder Fieber kriegen, oder das Allgemeinbefinden so superbeschissen ändert, dann sofort kommen. Denn die Lunge ist gereizt, es kann sich auf jeden Fall eine Bakterie einnisten. (Nr. 190)*

Diskussion

Vorstellungen zum Schleimlösen und zur Förderung des Auswurfs bei akutem Husten finden sich bei Hausärzten und bei ihren Patienten, und die dahinter stehenden Krankheitskonzepte haben eine große Nähe zueinander. Das zeigt sich nicht nur in den Interviews, sondern auch in der Alltagskommunikation und im Alltagshandeln, die in den Konsultationen abgebildet werden. Hier ist der Auswurf ein wichtiges Gesprächsthema. Die Konzepte zu Reinigung, Lösen, Aushusten und den Gefahren der Hustenlinderung ähneln bei Patienten und ihren Hausärzten bis in die Wortwahl hinein alten humoralpathologischen Modellen. Neuzzeitliche Konzepte der naturwissenschaftlichen Medizin von Vi-

ren, Bakterien und Antibiotika und alte humoralpathologische Konzepte von trocken und feucht, innerer Reinigung und Beseitigung von Stockungen fließen ineinander. Auch bei der Sputumfarbe und ihren Handlungsimplikationen gibt es ein gemeinsames Konzept von Patient und Arzt; verfärbter Auswurf wird häufig von beiden als Kriterium für die Verordnung eines Antibiotikums angesehen.

Gerade beim Einsatz von ‚Schleimlösern‘, bei der Unterstützung des Körpers, sich von Überschuss zu befreien, wird deutlich, dass die tradierten Krankheitskonzepte der Hausärzte stärker sind als ihr durchaus vorhandenes Wissen aus der Evidenzbasierten Medizin, die ja keinerlei Beleg für eine Wirkung von Mucolytica bei akutem Husten liefert [17, 18]. Damit ist festzuhalten: Ärzte folgen einem seit Jahrhunderten bekannten Konzept, nicht dem Konzept moderner Medizin.

Und noch etwas ist festzuhalten: Mucolytica werden ärztlicherseits nicht etwa als (Pseudo-) Plazebo angesehen, sondern oft als wirksames Therapeutikum empfunden. Dies spiegelt sich auch in den tatsächlichen Verordnungsraten wider. Waren Mucolytica und Expektorantien vor Einführung des GMG die am häufigsten verordneten Medikamente bei akutem Husten, die fast 60% aller Patienten erhielten, so wurden sie auch nach Einführung des GMG in gleichem Umfang den Patienten zwar nicht mehr verordnet, stattdessen aber empfohlen [19, 20].

Nach dem hier vorgelegten Material richtet der Hausarzt also sein Krankheitskonzept nicht aus taktischen Gründen nach dem Patienten aus, sondern folgt seinem Konzept aus tiefstem Herzen. *Was ich persönlich für mich versuche, ist mich einigermaßen nach der Evidenz zu richten und ich bringe einfach meine persönliche Erfahrung da mit ein. Da ist das beste und klassischste Beispiel die Mucolytica. Ich weiß, dass das umstritten ist, und ich kenne genau Patienten, die nicht reagieren und ich kenne Patienten, wo sie sehr gut helfen und ich entscheide das einfach aufgrund der persönlichen Erfahrung, der persönlichen Einschätzung den Patienten gegenüber, aber orientiert an den Leitlinien, natürlich. (A2.07)*

Auch in Bezug auf die Verfärbung des Sputums findet sich, dass Ärzte dem „alten Konzept“, nicht modernem Wissen der Medizin folgen: Der Zusammenhang zwischen verfärbtem Sputum und dem Vorliegen eines bakteriellen Infektes ist allenfalls schwach, und die Frage nach der Sputumfarbe als diagnostischer Test hat eine so schlechte Sensitivität und Spezifität, dass sie im hausärztlichen Alltag keine Bedeutung bei der Entscheidung zur Antibiotikagabe spielen darf [21]. Zudem gibt es ohnehin kaum eine Indikation zur Verordnung eines Antibiotikums bei akutem Husten [22]. Selbst unsere hausärztliche Alltagsempfehlung, bei Husten und anderen Erkältungserkrankungen viel zu trinken, ist unter Evidenzgesichtspunkten wahrscheinlich nicht haltbar [23].

Die Ergebnisse legen nahe, dass akuter Husten als vermeintlich banale Krankheit von den Patienten eben auch als mögliche Bedrohung und mit Sorge wahrgenommen wird, und ihre Hausärzte verstehen dies als Ausdruck des Gegenübers für eine übergeordnete Größe, nämlich Leiden. Sie antworten in der gemeinsamen Sprache der Krankheitskonzepte mit der Akribie und Empathie, die in den Texten sichtbar wird.

Im Aushandlungsprozess zwischen Patient und Arzt ist die Kenntnis der Krankheitskonzepte unserer Patienten und die Selbstreflexion unserer eigenen Krankheitskonzepte gleichermaßen wichtig. Erst vor diesem Hintergrund und in Abgleich zum (evidenzbasierten) Wissen gilt es dann zu entscheiden: Welche der zwei Ebenen von Wirklichkeit steht hier im Vordergrund – die wissenschaftliche Medizin oder ein Leid, dem auch mit Ritual geantwortet werden muss. Die Wahrnehmung von Sorge aufseiten des Patienten und die Gestaltung dieser gemeinsamen Rituale wie z. B. das Abhören der Lunge oder das Verordnen bei Auswurf sind zentrale Aspekte für eine gute, beide Seiten befriedigende Patient-Arzt-Begegnung in der Allgemeinmedizin. Tradition gibt dabei Halt und Orientierung im Spannungsfeld von täglichem Handeln und Erfahrung als Hausarzt, Studienevidenz und Wertewelt meines Patienten, aber sie bedarf ständigen Reflektierens: Was tue ich da eigentlich?

Interessenkonflikte: keine angegeben

Literatur

- 1 Wilm S, Haase A, Kreuder B. Fragen Hausärzte ihre Patienten nach deren Krankheitskonzept? *Z Allg Med* 2003; 79: 586–590
- 2 Bergh KD. The patient's differential diagnosis. Unpredictable concerns in visits for acute cough. *J Fam Pract* 1998; 46: 153–158
- 3 Cornford CS. Why patients consult when they cough: a comparison of consulting and non-consulting patients. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1751–1754
- 4 Dunkelberg S. Krankheitsvorstellungen in der Hausarztpraxis: „Frau Doktor, ich hab' eine Kopfgrippe“. *Psychomed* 2002; 14: 167–172
- 5 Dunkelberg S. Von Fusspilzbakterien, guten und bösen Keimen und dem Unterschied zwischen Penicillin und Antibiotika. *Z Allg Med* 2002; 78: 13–18
- 6 Böhme G, Böhme H. Feuer, Wasser, Erde, Luft. Eine Kulturgeschichte der Elemente. München 1996
- 7 Stolberg M. Der gesunde und saubere Körper. In: van Dülmen R (Hrsg). *Erfindung des Menschen. Schöpfungsträume und Körperbilder 1500–2000*. Wien 1998
- 8 Welle F. Der Körper ist nur Werkzeug. Die Konstruktion bürgerlicher Subjekte durch die Philanthropen. *LMU-Publikationen/Geschichts- und Kunstwissenschaften Nr. 3*. München 2000
- 9 Duden B. *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*. Klett-Cotta, Stuttgart 1987
- 10 Zedler JH. *Grosses vollständiges Universal-Lexicon aller Wissenschaften und Künste*. Band 13. Leipzig 1732–1754; 665. (Recherchierbar unter www.zedler-lexikon.de)
- 11 Stolberg M. *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*. Böhlau, Köln 2003
- 12 Bormann C, Däubener W, Abholz H-H, et al. Bakterielle Erreger und Resistenzen bei 232 Patienten mit akutem produktivem Husten. *Z Allg Med* 2003; 79: 193–199
- 13 Sielk M, Brockmann S, Wilm S. Qualitative Forschung – Hineindeuten in oder Abbilden von Wirklichkeit? *Z Allg Med* 2004; 80: 334–342
- 14 Altiner A, Haag H, Schraven C, et al. Akuter Husten: Was erwarten die Patienten? *Z Allg Med* 2002; 78: 19–22
- 15 Altiner A, Knauf A, Moebes J, et al. Acute cough: a qualitative analysis of how GPs manage the consultation when patients explicitly or implicitly expect antibiotic prescriptions. *Fam Pract* 2004; 21: 500–506
- 16 Kuckartz U. *winMAX Standardversion. Handbuch zum Textanalyse-system winMAX für Windows 95/98/NT*. Westdeutscher Verlag, Opladen 1999
- 17 Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. 2004
- 18 Gillissen A, Tasci S, Ewig S, et al. Sinn und Unsinn von Antitussiva. *Internist* 2001; 42: 134–142
- 19 Altiner A, Wilm S, Haag H, et al. Verordnungen bei akutem Husten: 501 Medikamente für 356 Patienten. *Z Allg Med* 2002; 78: 287–290
- 20 Altiner A, Sielk M, Düllmann A, et al. Auswirkungen des GMG (GKV-Modernisierungs-Gesetz) auf hausärztliche Verordnungen am Beispiel des akuten Hustens. *Z Allg Med* 2004; 80: 366–370
- 21 Möbes J, Altiner A, Bormann C, et al. Auswurf Farbe bei akutem Husten und Antibiotikaverschreibung. *Gesundheitswesen* 2002; 64: A66
- 22 Altiner A, Abholz H-H. Akute Bronchitis und Antibiotika: Hintergründe für eine rationale Therapie. *Z Allg Med* 2001; 77: 358–362
- 23 Guppy MP, Mickan SM, Del Mar CB. "Drink plenty of fluids": a systematic review of evidence for this recommendation in acute respiratory infections. *BMJ* 2004; 28: 499–500

Zur Person



Dr. med. Stefan Wilm
Als Facharzt für Allgemeinmedizin in eigener Gemeinschaftspraxis in Köln niedergelassen. Seit 1986 qualitative Forschung in der Allgemeinmedizin.