

Antibiotikagabe bei akuter Rhinosinusitis – Gründe jenseits der Indikation

Ein Werkstattbericht vom 6. Heidelberger Tag der Allgemeinmedizin

Antibiotic Prescribing for Acute Rhinosinusitis – Reasons beyond Indication A Workshop Report

Autor

T. Kühlein, K. Hermann, T. Rosemann, R. Leutgeb, J. Szecsenyi

Institut

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Schlüsselwörter

- Sinusitis
- Antibiotika
- Verschreibung
- Entscheidungsfindung

Key words

- sinusitis
- antibiotics
- prescription
- decision making

Peer reviewed article

eingereicht: 26.06.2007

akzeptiert: 19.07.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-985379

Online-Publikation: 2007

Z Allg Med 2007; 83: 392–396

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. med. T. Kühlein

Universitätsklinikum Heidelberg

Abteilung Allgemeinmedizin
und Versorgungsforschung
Voßstr.2, Geb.37

69115 Heidelberg

thomas.kuehlein@med.uni-
heidelberg.de

Zusammenfassung



Hintergrund: Die akute Rhinosinusitis ist eine der häufigsten Diagnosen in der Hausarztpraxis, bei der Antibiotika verschrieben werden. Klinische Forschung konnte die weitgehende Wirkungslosigkeit von Antibiotika bei dieser Diagnose zeigen. Wir fragten Hausärzte im Rahmen eines Workshops explorativ, was es für Einflussfaktoren gibt, die zur Gabe eines Antibiotikums beitragen könnten.

Methoden: Den Teilnehmern des Workshops wurde eine Fallvignette mit dem Bild einer akuten Rhinosinusitis zur Therapieentscheidung vorgelegt. Gemeinsam wurden Einflussfaktoren erarbeitet und gewichtet, die in die Entscheidung für die Gabe eines Antibiotikums hinein spielen.

Ergebnisse: 25 Kollegen nahmen am Workshop teil. 7 Teilnehmer entschieden sich für, 8 gegen die Gabe eines Antibiotikums. 10 Teilnehmer wählten den Weg der verzögerten Verschreibung. Es wurden 95 mögliche Begriffe genannt, die die Antibiotikagabe beeinflussen können. Diese wurden gemeinsam an einer Moderationswand zu 19 verschiedenen Faktoren gruppiert und anschließend bewertet. Den höchsten Stellenwert für die Gabe eines Antibiotikums hatten das Stellen der Diagnose an sich und Faktoren, die zur Diagnose führen. Patientenwünsche und andere patienten-seitige Faktoren wurden eher niedrig bewertet. Den meisten Kollegen schien die wissenschaftliche Evidenz der geringen Wirksamkeit von Antibiotika bei dieser Diagnose unbekannt zu sein.

Schlussfolgerung: Die medizinische Diagnose und Indikationsstellung zur Therapie sind potentiell komplexe Geschehen, in die viele Faktoren hineinspielen können. Es sollten weniger Antibiotika verschrieben werden. Eine bessere Kenntnis und stärkere Gewichtung der Evidenz aus klinischer Forschung könnte ein Weg dorthin sein. Die angekündigte DEGAM-Leitlinie Rhinosinusitis wird dringend benötigt.

Abstract



Background: Acute Rhinosinusitis is one of the most common diagnosis where antibiotics are prescribed in general practice. Clinical studies revealed the low effectiveness of these drugs in rhinosinusitis. We asked general practitioners within the frame of a workshop which factors might contribute to the prescribing of antibiotics.

Methods: We presented to the participants of a workshop on antibiotic prescribing a case-vignette of a patient with the clinical picture of acute rhinosinusitis. The participating general practitioners compiled factors that might contribute to the therapeutic decision and weighted their influence.

Results: 25 family physicians participated in the workshop. 7 opted for giving an antibiotic, 8 decided against it. 10 chose the option of a delayed prescription. The participants made 95 proposals that were grouped together according to 19 different influencing factors. The diagnosis itself and factors leading to the diagnosis were weighted highest as factors leading to the prescription. Patient preferences and other factors on side of the patients were rated lowest. For most of the participants the scientific evidence that antibiotics are of little benefit in rhinosinusitis was widely unknown.

Conclusion: Medical decision making in diagnosis and therapy is a complex process with many potentially influencing factors. The aim should be to prescribe fewer antibiotics. Better knowledge and a stronger influence of scientific evidence on the decision might help to achieve this. The guideline on acute rhinosinusitis announced by the German Society of General Practice and Family Medicine (DEGAM) is desperately needed.

“Rather than a given biomedical fact, we have a set of understandings, relationships, and actions that are shaped by diverse kinds of knowledge, experience, and power relations, and that are constantly in flux [1].”

Phil Brown

Hintergrund

Die Ergebnisse placebokontrollierter klinischer Studien führen im Falle der akuten Rhinosinusitis zur Empfehlung, in den meisten Fällen kein Antibiotikum zu verschreiben [2–4]. Diese Evidenz ist seit etwa 10 Jahren bekannt [5]. Dennoch gehört die akute Rhinosinusitis zu den Diagnosen in der Allgemeinmedizin, bei denen am häufigsten Antibiotika eingesetzt werden [6]. Es zeigt sich somit ein erheblicher Kontrast zwischen den Empfehlungen internationaler Literatur und dem praktischen Tun der Ärzte. Wissenschaftliche Studien sind nach den Prinzipien der Evidenz-basierten Medizin nur einer der drei Einflussbereiche, aus denen sich ärztliches Handeln ergeben sollte. Die anderen Bereiche sind die Expertise und klinische Erfahrung des Arztes und die Sichtweise, Werte und Wünsche des Patienten [7]. Bei einem klaren Votum der wissenschaftlichen Evidenz gegen die Gabe von Antibiotika, sind sehr starke Einflussfaktoren auf Seiten der Ärzte und Patienten zu vermuten, die die Gabe von Antibiotika entgegen dieser Evidenz nachhaltig befördern. Alternativ bliebe die Möglichkeit, dass den Ärzten die externe Evidenz nicht bekannt ist. Eine DEGAM-Leitlinie liegt aktuell noch nicht vor. Wir fragten explorativ im Rahmen eines Workshops Hausärzte, welche Faktoren einen Einfluss auf die ärztliche Verschreibung eines Antibiotikums haben könnten.

Methoden

Im Rahmen des 6. Heidelberger Tages der Allgemeinmedizin wurde ein Workshop mit dem Titel „Antibiotikagabe in der Hausarztpraxis – Gründe jenseits der Indikation“ angeboten. Zunächst wurde den Teilnehmern eine Fallvignette zur Entschei-

dung bezüglich der Indikation der Verschreibung eines Antibiotikums vorgelegt (☉ **Abb. 1**). Neben den Entscheidungsmöglichkeiten ein Antibiotikum zu verordnen oder nicht, gab es die Möglichkeit der so genannten „verzögerten Verschreibung“. Damit ist gemeint, dem Patienten ein Antibiotikum als Rezept anzubieten, in Verbindung mit der Empfehlung, es nicht jetzt, sondern erst bei Eintreten bestimmter Umstände (Verschlechterung, Dauer...) aus der Praxis oder Apotheke zu holen und zu nehmen. Anschließend wurden die Teilnehmer aufgefordert, Faktoren auf Moderationskarten zu schreiben, die ihr Ordnungsverhalten in diesem konkreten Fall beeinflussen könnten. Die Karten wurden eingesammelt und gemeinsam auf einer Moderationswand gruppiert. Die Gruppierung erfolgte durch Ausschluss von Doppelnennungen und Zusammenfassung von ähnlichen Begriffen. Es ergaben sich 19 verschiedene Faktoren. Die gemeinsame Diskussion und Gruppierung ermöglichte, dass diese Faktoren annähernd einheitlich verstanden werden konnten. Die Faktoren wurden in Form einer Tabelle aufgelistet und jeweils mit einer Skala von 0 bis 10 versehen (☉ **Tab. 1**). Diese wurde im Tagungsbüro ausgedruckt und mit der Bitte an die Teilnehmer verteilt, jeden Faktor zu gewichten. Der Wert 0 bedeutete dabei, der Faktor hat keinerlei positiven Einfluss auf meine Entscheidung. Der Wert 10 bedeutete, dass der Faktor für sich allein genommen schon die Gabe eines Antibiotikums begründet. Die Zahlen dazwischen drückten mit steigender Höhe die Gewichtung des Einflusses dieses Faktors auf die Gabe eines

Fallvignette 1:

Anamnese: Eine 38-jährige Patientin erscheint am Montagmorgen in Ihrer Praxis und berichtet: sie leide bereits seit einer Woche an einem grippalen Infekt, der eigentlich schon wieder im Abklingen gewesen sei. Seit gestern habe sie wechselnde Schmerzen im Bereich beider Kieferhöhlen. Der Schnupfen sei gelb und dick. Sie habe schon oft Kieferhöhlenvereiterungen gehabt und jedes Mal Antibiotika erhalten, die ihr immer geholfen hätten. Eigentlich wolle sie sich nicht immer mit Antibiotika „vollpumpen“ lassen. Diesmal aber sei es unbedingt nötig, weil sie am Freitag einen wichtigen Termin habe.

Befund: Normaler Allgemeinzustand, kein Fieber, Rachen gerötet mit gelber Schleimstraße, leichter Klopfschmerz auf beiden Kieferhöhlen, Druckschmerz am Nervenaustrittspunkt N. trigeminus II rechts, leichter Vorbeugeschmerz im Bereich der rechten Kieferhöhle.

Therapie:
 Antibiotikum
 Kein Antibiotikum
 Verzögerte Verschreibung
 Sonstige Therapie:

Abb. 1 Fallvignette.

Tab. 1 Bewertungsskala der Faktoren

	Faktoren	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Schleim											
2	klinischer Befund											
3	Laborbefund											
4	Fieber											
5	Verlauf											
6	bisherige Therapie											
7	erwarteter Nutzen des Medikaments											
8	erwarteter Schaden des Medikaments											
9	Diagnose											
10	Patientenerwartungen											
11	Zeitdruck des Arztes											
12	Wochenende											
13	Zeitdruck des Patienten											
14	Compliance											
15	Leitlinien											
16	Erfahrungen des Arztes											
17	Preis											
18	Leidensdruck											
19	Resistenz											

Antibiotikums aus. Die ausgefüllten Tabellen wurden eingesammelt und ebenso wie die Therapieentscheidungen der Fallvignetten noch während des Workshops statistisch ausgewertet. In der Zwischenzeit wurden Aufbau und Ergebnis einer Studie zur Wirkung von Amoxicillin bei Sinusitis maxillaris [5] gemeinsam betrachtet und diskutiert. Außerdem stellte der Moderator die wesentlichen Inhalte einer systematischen Literatur-Rückschau [2] vor und diskutierte sie mit der Gruppe. Am Ende des Workshops lagen die Auswertung der Therapieentscheidungen bezüglich der Fallvignette wie auch die Bewertung des Einflusses der die Therapieentscheidung beeinflussenden Faktoren vor.

Ergebnisse

Es fanden sich 25 Teilnehmer zum Workshop ein (16 männlich/9 weiblich). Von den 25 Teilnehmern entschieden sich 7 für und 8 gegen die Gabe eines Antibiotikums. 10 Teilnehmer wählten den Weg der verzögerten Verschreibung. Die Teilnehmer gaben im Schnitt 2,7 Medikamente oder Maßnahmen zusätzlich oder statt des Antibiotikums an, die sie einsetzen würden. Vorherrschend waren hier Xylomethazolin-Nasentropfen, Inhalationen (Wasserdampf, Sole, Kamille) und diverse pflanzliche und nicht-pflanzliche Mukolytika. Die Häufigkeit der Angabe dieser weiteren Präparate oder Anwendungen war unabhängig von der Entscheidung bezüglich des Antibiotikums (Antibiotikum \bar{X} =2,57, kein Antibiotikum \bar{X} =2,75, verzögerte Verschreibung \bar{X} =2,7; p: n. s.).

Die Gruppe fand 95 mögliche Begriffe, die auf Karten geschrieben und anschließend in gemeinsamer Diskussion zu 19 Faktoren gruppiert wurden. Die Gewichtung der erarbeiteten Faktoren bezüglich der Stärke ihres Einflusses auf die Therapieentscheidung ergibt sich aus **Abb. 2**. Auffallend ist, wie stark die Gabe des Antibiotikums vom Stellen der Diagnose abzuhängen scheint. Auch Faktoren, die zu dieser Diagnose führen, wie klinischer Befund und Verlauf wurden sehr homogen hoch bewertet. Die Empfehlungen der Literatur, der erwartete Nutzen des Antibiotikums und die Erfahrungen des Arztes wurden ebenfalls hoch eingeschätzt. Im Mittelfeld der Skala finden sich der Leidensdruck und die Compliance des Patienten. Das untere Ende der Reihe bilden Zeitdruck des Patienten, bevorstehendes Wochenende, Erwartungen des Patienten, Zeitdruck des Arztes und der Preis.

Diskussion

Unsere Frage war gewesen, welche Gründe und Faktoren die Verschreibung von Antibiotika bei akuter Rhinosinusitis bewirken können, obwohl die Evidenz aus kontrollierten klinischen Studien gegen diese Verschreibung spricht. Der gewählte Ansatz im Rahmen eines Workshops war rein explorativ und soll die Grundlage für weitere Forschung bieten. Die am Workshop teilnehmenden Hausärzte konnten in kurzer Zeit eine große Zahl möglicher Einflussfaktoren auf ihre therapeutische Entscheidung erarbeiten. Als stärkster Einflussfaktor für die Gabe eines Antibiotikums wurde die Diagnose selbst gesehen. Bei der Vorstellung der randomisierten kontrollierten Studie und der systematischen Literaturrevisur äußerten Workshop-Teilnehmer, dass ihnen die Evidenz der fehlenden Wirksamkeit von Antibiotika bei Rhinosinusitis in dieser Deutlichkeit unbekannt war.

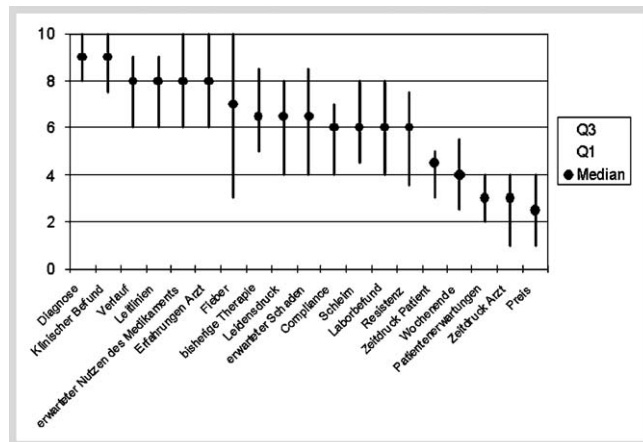


Abb. 2 Gewichtung der Faktoren. Die Abbildung zeigt die Faktoren in der Reihenfolge, in der sie nach Wichtigkeit von den Ärzt/Innen bewertet wurden. Als gleich wichtig bewertete Faktoren wurden zusätzlich nach dem Ausmaß der Homogenität der Bewertung geordnet.

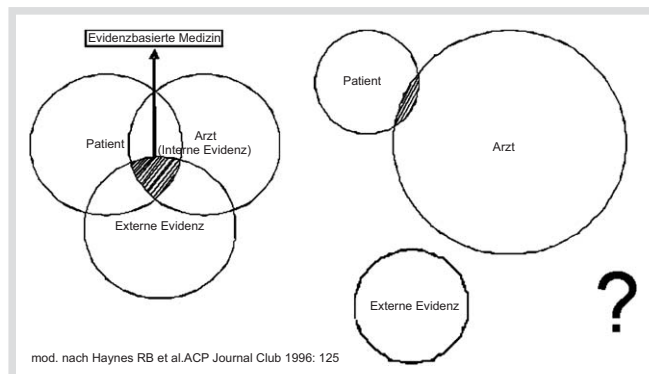


Abb. 3 Der Arzt, sein Patient und die Evidenz.

Unsere Betrachtungsweise führte methodisch zu einer Überbewertung der ärztlichen Perspektive (**Abb. 3**). Dass aus der Situation eines Workshops und aus der alleinigen Perspektive des Arztes Wirklichkeit objektiv abgebildet werden kann, muss bezweifelt werden. Dafür ließ sich das subjektive Bild, das die Ärzte von ihrer eigenen Entscheidung haben, schön herausarbeiten. Auch die Offenheit der Fragestellung und der Diskussion können als Stärke des explorativen Ansatzes gesehen werden. Durch die Dynamik des Workshops ergaben sich Logikfehler in der Bewertung einzelner Kriterien. Diese Fehler werden unten diskutiert.

10 Kollegen wählten den Weg der so genannten verzögerten Verschreibung. Die verzögerte Verschreibung wird international als hausärztliche Technik empfohlen um die Zahl der Antibiotikaverschreibungen zu reduzieren. Diese Reduzierung ist gut belegt [8]. Inwieweit die verzögerte Verschreibung in Deutschland eingesetzt wird, ist unseres Wissens nach nicht bekannt. Der sich aus der Fallvignette ergebende relativ hoch scheinende Anteil verzögerter Verschreibungen muss natürlich nicht mit dem Verschreibungsverhalten in der Wirklichkeit zusammenfallen. Die Verteilung auf die drei möglichen Entscheidungen war relativ gleich. In diesem Ergebnis könnte sich sowohl eine Inhomogenität der Gruppe, als auch eine Unsicherheit der Entscheidung des Einzelnen abbilden. In der Diskussion äußerte eine Kollegin, dass viele Faktoren eine Entscheidung herbeiführen. Wie wohl

man sich aber im Nachhinein mit dieser Entscheidung fühle, sei eine ganz andere Frage.

Die Menge der die Entscheidung beeinflussenden Faktoren ergab sich aus dem Vorstellungspotential der Gruppe. Die entstandene Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Vielzahl der gefundenen Faktoren ist dennoch eindrucksvoll und lässt die Komplexität der Entscheidung erahnen. Die Häufigkeit der einzelnen Vorschläge soll hier nicht quantifiziert werden, zumal ja die Gewichtung durch Ankreuzen auf einer Skala erfolgen sollte. Dennoch fiel auf, dass unter den 95 gemachten Vorschlägen externe Evidenz in Form von Leitlinien nur ein einziges Mal erwähnt wurde. Es ist unwahrscheinlich, dass bei allen Situationen, in denen Therapieentscheidungen für oder gegen Antibiotika getroffen werden, jedes Mal alle Faktoren, sei es bewusst oder auch nur unbewusst, Einfluss nehmen. Zu berücksichtigen wäre, dass jeder dieser Faktoren kaum kalkulierbare Auswirkungen und Wechselwirkungen auf andere Faktoren haben dürfte. Das genaue Aufwiegen der Faktoren als bewusster Rechenvorgang im Kopf des Arztes scheint nicht plausibel. Der gängige Zeitdruck in der Konsultation und die Schnelligkeit, mit der die Therapieentscheidung dadurch fallen muss, sprechen dagegen. Eine heuristische, reflexartige Entscheidung [9] auf der Basis einzelner Faktoren, eventuell begünstigt beziehungsweise gefördert durch andere Faktoren, ist wahrscheinlicher. Unsere Sammlung kann nur zeigen, was potentiell in die Entscheidung hineinspielt. Sie kann nicht zeigen, wie die Entscheidung tatsächlich zustande kommt.

Wenn eine Gruppe gebeten wird, sich Faktoren zu überlegen, die ihr Handeln beeinflussen, werden die für am wichtigsten gehaltenen Faktoren zuerst genannt werden. Lässt man die Gruppe anschließend die Wichtigkeit der Faktoren bewerten, werden diese tendenziell hoch eingestuft werden. Darüber hinaus könnten unbewusste und für weniger wichtig erachtete Faktoren zusätzlich beträchtlichen Einfluss haben.

Betrachtet man die Gewichtung der Faktoren im Einzelnen, fällt auf, dass die Stellung der Diagnose als solche den höchsten und homogensten Stellenwert hat. Die Diagnose und die Farbe des Schleims waren im Workshop vom Moderator (T. Kühlein) einleitend als Beispiele dafür genannt worden, was mit beeinflussenden Faktoren gemeint sein könnte. Die Farbe des Schleims ist ein diagnostisches Teilkriterium. Die Faktoren überschneiden sich bewusst und sind deshalb disjunkt zu betrachten. Diagnose und Therapie stehen in einem engen Zusammenhang. Das Wort Diagnose geht auf das griechische Wort „diagnōskein“ zurück. Es bezeichnet unterschiedliche Aspekte eines kognitiven Vorgangs vom Erkennen bis zum Beschließen [10]. Die Diagnosestellung ist die traditionelle Aufgabe und Domäne der Ärzte. Aus ihr sollte die Therapie folgen. Die Verknüpfung der Diagnose mit der Therapieentscheidung im Kopf des Arztes scheint sehr eng zu sein. Nur etwa ein Drittel der Teilnehmer hatte sich direkt für die Gabe eines Antibiotikums entschieden. Die verzögerte Verschreibung ist eigentlich eine Ausweichtechnik zur Reduktion des Antibiotikaeinsatzes für den Fall, dass ein Patient ein Antibiotikum wünscht und der Arzt es eigentlich nicht verschreiben will. Von der ärztlichen Seite aus betrachtet hätten somit in unserem Fall insgesamt zwei Drittel der Kollegen die Gabe eines Antibiotikums für nicht indiziert gehalten. Dies ist merkwürdig angesichts der Tatsache, dass die Diagnose nach der Bewertung durch die Teilnehmer nahezu alleine für sich schon die Gabe des Antibiotikums zu begründen scheint. An dieser Stelle ist ein methodischer Fehler einzugestehen. Es wurde im Workshop an keiner Stelle gefragt, welche Diagnose die Kollegen gestellt hat-

ten. Die Fallvignette war zwar gezielt darauf angelegt worden, eine akute Rhinosinusitis zu diagnostizieren und die Patientin gab an, bereits früher Nasennebenhöhlenentzündungen gehabt zu haben. Die Diagnose akute Rhinosinusitis wurde aber im Lauf des Workshops erst zum Zeitpunkt der Vorstellung der Studienlage und von Seiten des Moderators ausgesprochen. So scheint es zwar wahrscheinlich, dass die Teilnehmer zum Zeitpunkt der Therapieentscheidung an die Rhinosinusitis dachten, die Diagnose grippaler Infekt der oberen Luftwege und konsekutiv die Entscheidung gegen ein Antibiotikum wäre aber theoretisch auch denkbar. Tatsächlich gehen die meisten grippalen Infekte mit einer Entzündung der Nasennebenhöhlen einher. In nur etwa 2% der grippalen Infekte kommt es zur bakteriellen Superinfektion [2].

Eine hohe Gewichtung der Leitlinien birgt das Problem, dass es noch gar keine hausärztliche Leitlinie gibt und dass von den drei existierenden Leitlinien eine gegen die Antibiose für die meisten Fälle [11], die beiden anderen jedoch für die regelhafte Gabe von Antibiotika [12, 13] plädieren. Es ist anzunehmen, dass der generelle Stellenwert von Leitlinien hoch eingeschätzt wurde, ohne eine konkrete Leitlinie zu meinen. Was das für die Entscheidung im Einzelfall bedeutet, bleibt bei sich widersprechenden Leitlinien jedoch unklar.

Nach der Vorstellung der Studienlage wurde aus der Gruppe geäußert, dass die weitgehende Unwirksamkeit antibiotischer Therapie bei akuter Rhinosinusitis in dieser Deutlichkeit bislang unbekannt war. Die starke Gewichtung des Faktors „erwarteter Nutzen des Medikaments“ spricht ebenfalls für die Einschätzung, dass hier, obwohl nicht direkt danach gefragt, die Wirksamkeit eines Antibiotikums bei korrekter Diagnose als hoch eingestuft wird.

Im Mittelfeld der Skala finden sich der Leidensdruck und die Compliance des Patienten. Die Gewichtung des Leidensdruckes lässt viele Fragen zu. Lässt man starke Gesichtsschmerzen außer Acht und versteht den Begriff Leidensdruck eher als das subjektive Gesamerleben der Beschwerden, macht es angesichts der geringen Wirksamkeit von Antibiotika, wie die externe Evidenz sie vorgibt, wenig Sinn, diesen Faktor im Zusammenhang mit deren Gabe stärker zu gewichten. Anders ausgedrückt würde es wenig Sinn machen, eine unwirksame Maßnahme aus Mitleid zu ergreifen. Angesichts der Vermutung, dass aufgrund interner Evidenz (siehe Bewertung der Faktoren „erwarteter Nutzen Medikament“ und „Erfahrungen Arzt“) die Wirksamkeit der Antibiotika als hoch eingeschätzt wird, erstaunt es, dass dieser Faktor nicht höher gewichtet wird.

Compliance ist ein eigentlich obsoletter Begriff. Er impliziert Gehorsam. Ein fehlender Gehorsam hätte aber seinen Grund meist in fehlender Übereinstimmung (Concordance) der Sichtweisen von Arzt und Patient. Die niedrige Bewertung des Faktors Patientenerwartungen seitens der Ärzte könnte selbst Ursache der daraus folgenden fehlenden Compliance sein. Im Falle der Bewertung der Compliance ist nicht ganz klar, wie die Kollegen diese Bewertung vorgenommen haben. Führt eine gute Compliance eher zur Gabe eines Antibiotikums oder umgekehrt? Ein ähnlicher Fehler in der Fragestellung passierte beim Faktor Resistenz. Hier ist nicht wahrscheinlich, dass mit steigender Resistenzlage mehr Antibiotika verordnet werden, sondern umgekehrt. Die Eigendynamik eines Workshops macht solche Fehler möglich. Für weitere Workshops wäre daraus zu lernen. Zeitdruck des Patienten und Patientenerwartungen finden sich eher im unteren Bereich der Skala. Das widerspricht der Aussage vieler Studien, in denen gerade die vermeintlichen und tatsäch-

lichen Patientenerwartungen als erheblicher Einflussfaktor gefunden wurden [14, 15]. Patienten scheinen geradezu gezielt das Verschreibungsverhalten ihrer Ärzte zugunsten der Gabe von Antibiotika beeinflussen zu können [16]. Die Erwartungen der Patientin der Vignette waren bewusst ambivalent gehalten worden, um den Einfluss dieser Erwartungen auf die ärztliche Entscheidung nicht einseitig zu beeinflussen und gleichzeitig diese mögliche und häufige Einflussnahme nicht ganz zu unterschlagen.

Die Faktoren Zeitdruck des Arztes und Preis, wurden ganz nach unten gewichtet. Der Preis spielt dabei möglicherweise tatsächlich eine untergeordnete Rolle, da allseits empfohlene Antibiotika wie Amoxicillin oder weithin genutzte wie Roxithromycin oder Doxycyclin generisch verfügbar und damit kostengünstig sind. Auch spielen Medikamente für akute Erkrankungen allein schon aufgrund der Packungsgröße und Verschreibungshäufigkeit eine tendenziell untergeordnetere Rolle für das Praxisbudget, als es Medikamente für chronische Erkrankungen tun. Beim Faktor Zeitdruck sollte man nicht unterschätzen, dass er in Situationen größerer Unsicherheit bezüglich der Entscheidungsrichtung durchaus das „Zünglein an der Waage“ sein könnte.

Unser Workshop scheint uns mehr Fragen eröffnet als beantwortet zu haben. Dies war durchaus so intendiert und könnte das Feld für weitere methodisch solidere Forschung bilden. Wir und laut Evaluation auch die Teilnehmer empfanden den Workshop als spannend und interessant genug, um davon zu berichten. Es bleibt der Eindruck einer großen Komplexität. Ist die diagnostische Unsicherheit überwunden und die Diagnose gestellt, scheint ein sicheres, wenn auch möglicherweise falsches Handeln zu folgen, das von anderen Faktoren weiter begünstigt wird.

Schlussfolgerung

Zum Schwierigsten für den Arzt gehört das begründete Weglassen von Diagnostik und Therapie. Am klinischen Ergebnis (outcome) orientierte Forschung ist dafür eine Grundbedingung [17]. Im konkreten Fall der Therapie der akuten Rhinosinusitis liegt sie vor und könnte einem das Weglassen von Antibiotika theoretisch relativ leicht machen. Dazu muss sie jedoch bekannt sein. Wie wir zeigen konnten, gibt es darüber hinaus zahlreiche Einflussfaktoren, die die Verordnung von Antibiotika entgegen dieser Evidenz begünstigen. Die Kenntnis und starke Gewichtung der externen Evidenz wäre ein mögliches Gegengewicht zu diesen Faktoren. Die wenigen fundierten Veröffentlichungen in hausärztlichen Zeitschriften haben leider noch nicht gereicht [18–20], sie bekannt zu machen. Die bald verfügbare Leitlinie ‚Rhinosinusitis‘ der DEGAM wird eine wichtige Hilfe sein.

Interessenskonflikte: keine angegeben

Literatur

- 1 Brown P. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *J Health Soc Behav* 1995, Spec No: 34–52
- 2 Ah-See KW, Evans AS. Sinusitis and its management. *BMJ* 2007; 334: 358–361
- 3 Hickner JM, Bartlett JG, Besser RE, et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute rhinosinusitis in adults: background. *Ann Intern Med* 2001; 134: 498–505
- 4 Scheid DC, Hamm RM. Acute bacterial rhinosinusitis in adults: part II. treatment. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1697–1704
- 5 Buchem FL van, Knottnerus JA, Schrijnemaekers VJ, et al. Primary-care-based randomised placebo-controlled trial of antibiotic treatment in acute maxillary sinusitis. *Lancet* 1997; 349: 683–687
- 6 Williams Jr JW, Aguilar C, Cornell J, et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis. *cochrane.database.Syst.rev* 2003; (2): CD000243
- 7 Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, et al. Evidence-Based Medicine, How to practice and teach EBM 2nd Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone 2000
- 8 Arroll B, Kenealy T, Kerse N. Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections? A systematic review. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 871–877
- 9 Gigerenzer G, Selten R (Eds). Bounded rationality, the adaptive toolbox. Cambridge: MIT Press 2002
- 10 Fisseni H-J. Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe-Verlag 1997
- 11 Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Evidenzbasierte Therapieleitlinien – HNO-Infektionen. 2. Auflage. Köln: Deutscher Ärzte Verlag 2004
- 12 Dt.Ges.f.Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf-und Hals-Chirurgie. Antibiotikatherapie der Infektionen an Kopf und Hals. AWMF 2003; <http://uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/017-066.htm> Download: 25-5-2007.
- 13 Bachert C, Hörmann K, Mösges R, et al. Diagnose und Therapie der Sinusitis und Polyposis Nasi. *Allergologie* 2003; 26: 52–71
- 14 Macfarlane J, Holmes W, Macfarlane R, et al. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *BMJ* 1997; 315: 1211–1214
- 15 Butler CC, Rollnick S, Pill R, et al. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998; 317: 637–642
- 16 Scott JG, Cohen D, DiCicco-Bloom B, et al. Antibiotic use in acute respiratory infections and the ways patients pressure physicians for a prescription. *J Fam Pract* 2001; 50: 853–858
- 17 Kühlein T, Forster J. Welche Evidenz braucht der Arzt. In Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Donner-Banzhoff N. (Hrsg). Lehrbuch Evidenz-basierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2007; 39–49
- 18 Jobst D, Popert U. Management der akuten Sinusitis. *Der Hausarzt* 2004; (4): 52–56
- 19 Popert U, Jobst D. Sinusitis-Therapie nach Maß. *Der Allgemeinarzt* 2004; 16
- 20 Popert U, Jobst D. Verteilte Aufgaben bei Rhinosinusitis: Welcher Patient muss zum HNO-Arzt? *Der Hausarzt* 2006; (5): 2–5

Zur Person



Dr. med. Thomas Kühlein,

Facharzt für Allgemeinmedizin
45 Jahre alt. Bis Juli 2006, 10 Jahre lang niedergelassener Hausarzt in fachübergreifender Gemeinschaftspraxis in Bad Staffelstein/Oberfranken. Seither wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg; Projektleiter CONTENT (www.content-info.org); verheiratet, drei Kinder.