

Rezept statt Gespräch: Läuft da etwas falsch in diesem Land?

Über Risiken und Nebenwirkungen von pflanzlichem Hustensaft und homöopathischen Schleimlösern

Prescription Instead of Conversation: There Might Be Something Wrong in This Country ...

About Risks and Side Effects of Herbal Cough Remedies and Homeopathic Expectorants

Zusammenfassung: In Deutschland erhalten Patienten von ihren Hausärzten häufig Rezepte für Medikamente, deren Wirksamkeit nicht bewiesen ist. Die Konsultationen sind im internationalen Vergleich zwar häufiger, aber kürzer. Dadurch bleibt oft wenig Zeit für ausführliche Gespräche. Ursächlich hierfür scheint das Vergütungssystem zu sein.

Schlüsselwörter: Rezept, Arzneimittel, Konsultation, Kommunikation

Summary: In Germany, family physicians quite frequently tend to prescribe "herbal" or "homeopathic" drugs with little proven therapeutic efficacy. German patients tend to see their FPs more frequently than patients in other European countries but consultations last shorter, thus lacking time for comprehensive conversations. The reasons for this behaviour might be found in the way how German FPs are remunerated.

Keywords: prescription, medicines, consultation, communication

Anmerkung der Herausgeber

Im Folgenden dokumentieren wir einen Fallbericht des Verfassers im elektronischen Listserver Allgemeinmedizin (eine Art von „Chatroom“ für Hausärzte) und die daraufhin einsetzende Diskussion durch andere Kolleginnen und Kollegen. [Leserinnen und Leser, die interessante Dispute des Listservers für die ZFA aufarbeiten wollen, wenden sich bitte an eine/n der Herausgeber.]

Jeder Arzt muss bereit sein, sich der Kritik seiner Patienten zu stellen. Manchmal trifft einen die Kritik dort, wo man sie am allerwenigsten erwartet: zum Beispiel bei einem Patienten, mit dem man sich ganz besondere Mühe gegeben hat. Einen Patienten, den man glaubte, gut behandelt zu haben, und bei dem man sich sicher war, nicht nur unter Anlegung medizinischer und wissenschaftlicher Kriterien völlig korrekt gehandelt zu haben.

Auch in so einem Fall kann Kritik berechtigt sein und der offene Umgang hiermit zu einer interessanten Lernerfahrung führen, wie das folgende Beispiel zeigt (um die Anonymität zu wahren, wurden die Fakten leicht verändert).

Fallbericht

In meiner Sprechstunde erschien eine junge – unerfahren wirkende – Mutter mit ihrer sechsjährigen Tochter. Das Kind klagte seit zwei Tagen über Husten, Halsweh und Fieber bis zu 38,5 Grad. Andere Symptome waren nicht aufgetreten.

Die körperliche Untersuchung (Auskultation der Lunge, Inspektion von Rachenraum und Ohren, Palpation von Lymphknoten) war – abgesehen von mäßig vergrößerten Halslymphknoten und einer leichten Rötung des Rachens – weitgehend unauffällig.

Ich konnte keinerlei Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung erkennen und diagnostizierte einen viralen Atemwegsinfekt und empfahl der Mutter, das Kind symptomatisch mit den üblichen „Hausmitteln“ zu behandeln. Insbesondere riet ich ihr zu Wadenwickeln und Dampfinhalationen sowie Ruhe und ausreichender oraler Flüssigkeitszufuhr.

Danach klärte ich die Mutter über die möglichen abwendbar gefährlichen Verläufe auf, erklärte ihr die entsprechenden Symptome und bat um sofortige erneute Kontaktaufnahme im Falle von unklarem Hautausschlag, Photophobie, Nackensteife, Verwirrheitszuständen, Atemnot oder andauerndem Erbrechen.

Gleichzeitig beruhigte ich sie und teilte ihr mit, dass die Wahrscheinlichkeit einer akuten Lungenentzündung oder gar einer Hirnhautentzündung außerordentlich gering sei. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt...

¹ Klinik Königshof, Lechbruck am See

tigen Zeitpunkt reichten die vorgenannten symptomatischen Maßnahmen völlig aus und man könne daher auf Medikamente verzichten. Falls allerdings das Fieber weiter steigen oder das Kind über Kopfschmerzen klagen sollte, könne die Mutter Paracetamol als Zäpfchen bzw. Saft oder Ibuprofen als Saft geben. Beide Mittel sind bekanntlich in der Apotheke rezeptfrei erhältlich.

Die Mutter verabschiedete sich mit Handschlag und wirkte sichtlich erleichtert, als sie gemeinsam mit ihrer Tochter mein Sprechzimmer verließ.

Ich war zufrieden: Ich hatte mir die Zeit für ein umfassendes Gespräch genommen und es war mir gelungen, dieser jungen Mutter ihre Ängste zu nehmen. So dachte ich wenigstens. Ich sollte mich getäuscht haben ...

Am folgenden Tag beschwerte sich die Patientin bei einem Kollegen bitterlich über mich: Ich hätte „nur geredet und mehr oder weniger gute Ratschläge gegeben“ aber ansonsten „gar nichts für sie getan.“ Sie fühle sich daher von mir nicht ernst genommen und habe große Zweifel an meinen Fähigkeiten: Diesen Arztbesuch hätte sie sich auch sparen können.

Verwirrung

Ich war verwirrt. Was hatte die junge Mutter sich von der Konsultation mit mir erwartet? Was hätte ein „guter“ Arzt ihrer Ansicht nach tun sollen?

Sachlich falsch waren meine Ratschläge jedenfalls nicht. Die Empfehlungen standen im Einklang mit gängigen nationalen und internationalen evidenzbasierten Leitlinien (z. B. der DEGAM-Leitlinie Husten [1]). Allerdings war es mir offenbar nicht gelungen, die junge Mutter davon zu überzeugen. Ich hatte es nicht geschafft, einen „Draht“ zu ihr zu finden. Das war schmerzlich ...

Eigentlich war ich stolz darauf, im Rahmen meiner Weiterbildung in Großbritannien ein sehr gutes Kommunikationstraining genossen zu haben: Immer wieder musste ich seinerzeit Teile meiner Sprechstunden auf Video aufzeichnen, die Bänder wurden anschließend gemeinsam mit dem Ausbilder angeschaut und mein Verhalten bis in kleinste Einzelheiten analysiert. Dabei ging es weniger darum, zu überprüfen, ob medi-

zinisches Fachwissen korrekt angewendet und weitergegeben wurde. Ziel der Übungen war vielmehr, „Konsultationstechniken“ zu erlernen und einzuüben.

Ein Arzt sollte, wenn er eine Anamnese erhebt, nicht bloß Krankheits-symptome abfragen, sondern auch die Vorstellungen, Ängste und Erwartungen des Patienten in Erfahrung bringen und dabei Verständnis und Empathie zeigen. Im Anschluss vereinbaren Arzt und Patient dann gemeinsam einen Handlungsplan.

Soweit die Theorie, wie sie in zahlreichen Lehrbüchern (etwa dem Standardwerk von Roger Neighbour [2]) beschrieben und in Großbritannien wie auch in Deutschland an den Universitäten gelehrt wird.

In dem oben beschriebenen Fall aber war mir genau dies nicht gelungen: Ich hatte evidenzbasiert und patientenzentriert gehandelt, ganz im Sinne von „shared decision making“ wie im Lehrbuch und dennoch war es mir nicht gelungen, Konkordanz herzustellen. Die Patientin hatte meinen wunderbaren Handlungsplan schlichtweg nicht akzeptiert. Und das, obwohl ich mich nicht auf Fachchinesisch ausgedrückt hatte. Was hatte ich falsch gemacht?

Eine Kollegenmeinung

Ich konsultierte einen Kollegen und dieser brauchte gar nicht lange zu überlegen: *„Bei mir verlässt kein Patient die Praxis ohne ein Rezept“* war die prompte Antwort, *„das erwartet man von mir!“*

Was aber hätte man bei einem unkomplizierten Atemwegsinfekt verschreiben sollen? Ein Antibiotikum wäre definitiv nicht indiziert gewesen.

„Ich verordne in solchen Fällen meist einen Schleimlöser“, fuhr mein Kollege fort, „oder etwas Pflanzliches. Manchmal auch etwas Homöopathisches!“

Dabei war dem Kollegen durchaus bewusst, dass die Wirksamkeit solcher Mittel nicht unbedingt bewiesen ist. Dafür waren sie aber allesamt ungefährlich, billig – also möglicherweise wirkungslos, aber immerhin harmlos.

„Letztendlich kommt es darauf an, den Patienten das Gefühl zu geben, man habe etwas für sie getan“, meinte er. „Man gibt ihnen etwas in die Hand, auch wenn es nur ein Placebo ist!“

Diese Einstellung entsprang wahrscheinlich einem ehrlich und aufrichtig gemeinten Wunsch, den Patienten zu helfen. Trotzdem war ich anderer Meinung. Irgendetwas störte mich daran, aber ich wusste nicht, was.

Sind Phytotherapeutika und Homöopathika wirklich so harmlos wie man gerne anzunehmen geneigt ist? Anaphylaktische Reaktionen und andere schwerwiegende Ereignisse sind zwar möglich, aber zum Glück selten. Aber da war eine andere Nebenwirkung, die mir zu denken gab: die unnötige Medikalisierung und Dramatisierung einer alltäglichen und an sich relativ harmlosen Sache. Damit verbunden sind nicht nur vermeidbare Ängste für die Patienten, sondern auch unnötige Kosten für die Gesellschaft.

„Soviel Nichts wie möglich tun“

Vielleicht kennt der eine oder andere Leser den Roman „The House of God“ [3] von Samuel Shem: An einer Stelle erklärt der erfahrene Krankenhausarzt seinem jungen Kollegen die Regeln des Hauses. Eine dieser Regeln – die letzte und vielleicht die wichtigste – lautet: „Gute medizinische Betreuung zeichnet sich dadurch aus, so viel Nichts wie möglich zu tun.“

Natürlich ist der Satz zunächst einmal satirisch gemeint. Und doch steckt eine Menge Wahrheit darin. Es heißt wohlgermerkt: „Soviel Nichts wie möglich zu tun“ („Do as much nothing as possible“) und nicht etwa: „Möglichst viel Nichtstun“. Das ist ein kleiner, aber feiner Unterschied.

Gemeint ist möglicherweise – so verstehe ich es wenigstens – Folgendes: Das Ziel einer ärztlichen Konsultation sollte darin bestehen, den Patienten in seiner Autonomie zu bestärken und ihm Mittel an die Hand zu geben, möglichst bald selbst wieder eigene Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen. In diesem Sinne sollten therapeutische Maßnahmen eher sparsam eingesetzt werden.

Oder anders ausgedrückt: Ziel meines ärztlichen Handelns ist es, dem Patienten Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. In Zukunft sollen sie nicht mehr sofort bei jeder Bagatelle in die Praxis kommen, sondern zunächst Möglichkeiten zur

Burkhard Sonntag ...

... ist Facharzt für Allgemeinmedizin. Nach Weiterbildung und mehreren Jahren hausärztlicher Tätigkeit in Großbritannien arbeitet er derzeit in einer Reha-Klinik in Bayern und bereitet sich auf die Niederlassung in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis vor.

Selbstbehandlung ausschöpfen. Dabei sollen sie jedoch die Anzeichen einer drohenden Verschlimmerung frühzeitig erkennen und sich gegebenenfalls entsprechend verhalten.

Um auf den oben beschriebenen Fall zurückzukommen: Ein guter Hausarzt sollte sich für diese einzelne Konsultation einmalig etwas mehr Zeit nehmen, dafür spart er sich dann später vielleicht das eine oder andere überflüssige Folgetreffen.

So etwa habe ich es in Großbritannien gelernt. Viele meiner deutschen Kollegen scheinen das aber anders zu sehen. Als ich den oben erwähnten Fall im DEGAM-Listserver, einer hausärztlichen Mailingliste vorgestellt habe, entspann sich eine interessante E-Mail-Diskussion mit mehreren Kollegen.

Was sagt die Wissenschaft?

Einige Studien [4] haben gezeigt, dass im europäischen Vergleich kaum jemand so häufig zum Arzt geht wie wir Deutschen. Folglich sehen deutsche Hausärzte (und andere niedergelassene Ärzte) pro Tag wesentlich mehr Patienten als ihre Kollegen in anderen Ländern [5], womit für die einzelne Konsultation logischerweise weniger Zeit bleibt.

Die Patienten hingegen wünschen sich längere Konsultationen. Dieser Erwartungshaltung begegnen deutsche Hausärzte möglicherweise mit einer patientenbezogen erhöhten Quote von Medikamentenverordnungen (wobei die Quote der Verordnungen aber konsultationsbezogen etwa im europäischen Mittelfeld liegt). Und das, obwohl erwiesen ist, dass Patienten gar nicht immer ein Medikament verschrieben bekommen möchten [6].

Über die Gründe dafür lässt sich zunächst nur spekulieren: Ist es wirklich der genuine Wunsch, seinem Patienten „etwas Gutes zu tun“ und „ihm etwas zu

geben“? Lässt dieser Wunsch sich vielleicht sogar tiefenpsychologisch deuten („Der Arzt als Ersatz für die Nahrung und Liebe spendende Mutter“, wie es ein Kollege ausdrückte)? Oder steht vielleicht doch etwas Anderes, ganz Banales und viel Profaneres dahinter?

Hierzu möchte ich gerne einen weiteren Fall vorstellen (ebenfalls leicht verändert):

Eine junge Mutter berichtet, ihr dreijähriger Sohn „leide an einer Infektanfälligkeit“. Dies habe der Kinderarzt ihr mitgeteilt. Aufgrund der „Infektanfälligkeit“ hatte sie sich genötigt gesehen, immer sofort den Kinderarzt aufzusuchen, sobald das Kind über Husten oder Fieber klagte. Der Kinderarzt hatte sie stets dafür gelobt, dass sie so frühzeitig gekommen war. Nach Anamnese und Untersuchung hatte er die junge Mutter beruhigt und ein Rezept für Hustensaft oder Ähnliches ausgestellt.

„Sehen Sie, ich bin nicht unnötig zum Arzt gerannt!“ sagte mir die junge Frau, „mein Kind hat jedes Mal Medizin gebraucht!“

Ich fragte sie, ob sie schon einmal versucht hatte, einfach zu warten und die weiter oben genannten „Hausmittel“ auszuprobieren. Daraufhin schüttelte die junge Mutter vehement den Kopf: Als Laie könne sie schließlich nicht beurteilen, ob sich nicht gerade eine gefährliche Lungenentzündung anbahne und wahrscheinlich sei nur deshalb bislang noch nichts Ernsthaftes passiert, weil sie immer rechtzeitig früh genug zum Arzt gegangen ist. Für ausführliche Beratungen habe der Kinderarzt übrigens keine Zeit gehabt, da in der Praxis immer so viel los gewesen sei.

Ich werde den Verdacht nicht los, dass das Verhalten dieses Kinderarztes – und vieler seiner Kollegen – nicht ganz uneigennützig motiviert ist. Das deutsche Vergütungssystem verlangt, dass ein Patient mindestens einmal pro

Quartal in die Praxis kommt, damit der Arzt die „Ordinationsziffer“ abrechnen kann. Grob vereinfacht wünscht sich ein niedergelassener Arzt also möglichst viele „unkomplizierte“ Patienten, die genau einmal pro Quartal kommen und dabei möglichst wenig Zeit in Anspruch nehmen, auf dass man den „Schein“ mit geringem Aufwand abrechnen kann.

Es gibt andere Versorgungssysteme, in denen die hausärztliche Vergütung weitgehend auf Kopfpauschalen bei Einschreibung basiert und zwar unabhängig davon, ob der einzelne Patient Leistungen in Anspruch nimmt oder nicht. So ist das zum Beispiel in Großbritannien [7, 8]. In einem solchen System ist es für den einzelnen Arzt wünschenswert, in seiner Praxis möglichst viele Patienten einzuschreiben, sie aber möglichst selten zu sehen. So können Über- und Fehlbehandlungen vermieden werden. Der Arzt wird von unnötiger Arbeit entlastet und es werden Gesundheitskosten – bezogen auf die Gesellschaft – eingespart.

Andererseits „belohnt“ das System im Extremfall auch den „unfreundlichen“ oder „faulen“ Kollegen, welcher etwa in den angeführten Beispielen die Patienten grob zurechtgewiesen hätte, auf dass sie sich beim nächsten Mal nicht mehr in die Praxis trauen, aber trotzdem mangels Alternativen bei ihm eingeschrieben bleiben.

Deutsche Hausärzte hingegen können sich unfreundliches oder abweisendes Verhalten nicht leisten – zumindest solange es, wie in den meisten Regionen Deutschlands, noch eine gewisse Konkurrenz der Ärzte untereinander gibt. Das deutsche System „belohnt“ Ärzte, die es schaffen, Patienten möglichst eng an die eigene Person oder Praxis zu binden.

Wünschenswert wäre es, für Hausärzte einen positiven Anreiz zu schaffen, den Patienten vielleicht etwas weniger häufige, dafür aber längere Konsultationen anbieten zu können. Dies sollte eine vordringliche Aufgabe von Landespolitik und Berufsverbänden sein.

Danksagung

Bei den folgenden Kollegen möchte ich mich für ihre Beiträge im Listserver herz-

lich bedanken: D. Ahlquist, A. Barenz, O. Bahrs, J. Dohse, G. Egidi, A. Jablonski, M. M. Kochen, M. Lohnstein, K. Mantel, K. Meyer, T. Petzold, U. Popert, G. Rüter, W. Schneider-Rathert, U. Schwantes, C. Seeber, T. Uebel, K. Weckbecker, U.M. Werner und A. Wiesemann (insbesonde-

Korrespondenzadresse:

Burkhard Sonntag
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Hangstr. 10
 86983 Lechbruck
 E-Mail: bsonntag@doctors.org.uk

re bei Herrn Bahrs, dem ich mehrere wichtige Ideen und Literaturhinweise verdanke).

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Literatur

1. DEGAM-Leitlinie Husten, Stand: 2008; Verlag Omikron Publishing
2. Neighbour R. The inner consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style. 2. Auflage. Oxford, Radcliffe Publishing Ltd
3. Shem S (Pseudonym für: Stephen Bergman). The House of God; deutsche Ausgabe von 2007; Stuttgart, Droemer/Knauer
4. Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausartzlicher Versorgung durch Patienten (EUROPREP). Z Arztl Fortbild Qualitatssich 1999; 93: 437–445
5. Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Is the communicative behavior of GPs during the consultation related to the diagnosis? A cross-sectional study in six European countries. Patient Educ Couns 2004; 54: 283–9
6. Klingenberg A, Szecsenyi J. „Nicht jeder Arztbesuch erfordert ein Rezept“, AQUA-Materialien, Band V; http://www.aqua-institut.de/aqua/upload/CONTENT/Publikationen/AQUA-Verlag/AQUA_Mat_V_Nicht_jeder_Arztbesuch.pdf (5.6.09)
7. Sonntag B. Im „Land of Hope and Glory“: Als Hausarzt in Großbritannien. Z Allg Med 2004; 80: 455–459
8. Sonntag B. Gesund bleiben in Großbritannien: eine Gebrauchsanleitung für das britische Gesundheitssystem. Books on Demand 2008