

Gemeinwohl versus Wohl des Einzelnen

„... habe ich noch nie drüber nachgedacht“

Qualitative Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie zur Verordnung von Antibiotika bei Harnwegsinfekten

Common Good Versus Good of the Individual

“... I Never Thought About This”

Qualitative Results of a Mixed-Methods Study on Antibiotic Prescribing for Urinary Tract Infections

Thomas Kühlein, Stefanie Joos, Katja Hermann, Andreas Gutscher, Joachim Szecsenyi, Katja Goetz

Hintergrund: Die Individualität ärztlicher Therapieentscheidungen ist ein viel diskutierter Punkt im Kontext von Leitlinien und medizinischer Qualitätsarbeit. Im Rahmen einer von uns durchgeführten qualitativ-quantitativen Studie zur Versorgung von Patienten mit unkomplizierten Harnwegsinfekten (uHWI) konnte mit einem Praxistest von Trimethoprim (TMP) eine nachhaltige Änderung der Antibiotikawahl bei einer Gruppe von Hausärzten erreicht werden. Ziel des qualitativen Teils der Studie war es zu evaluieren, welche Haltungen Hausärzte gegenüber Leitlinien haben, auf welchen Grundlagen ihre aktuellen Therapieentscheidungen beruhen und welchen Effekt der Praxistest auf ihre Meinungen hatte.

Methoden: Die Studie wurde als qualitativ-quantitativ gemischte Studie in einem Vorher-Nachher-Design durchgeführt. Der qualitative Anteil bestand aus Fokusgruppen und Einzelinterviews, die mittels eines interdisziplinär erarbeiteten Interviewleitfadens teilstandardisiert durchgeführt wurden. Die Auswertung der transkribierten Gespräche erfolgte mit der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Vor dem Praxistest wurden Leitlinien von den Hausärzten zunächst als realitätsfern angesehen und abgelehnt. Die eigene Wahl von Antibiotika wurde als reflexartig beschrieben, maßgeblich bestimmt von in der Ausbildung Gelerntem. Die erfolgreiche Behandlung des individuellen Patienten stand für die Ärzte weit vor dem Interesse der Gesellschaft an einem Schutz der Resistenzlage. Sie vermissten bezüglich der Aufgabe der Resistenzvermeidung jegliche Solidarität im Gesundheitswesen. Nach dem dreimonatigen Praxistest, in dem sich eine 94%ige Erfolgsrate von TMP gezeigt hatte, war eine deutliche Meinungsänderung bezüglich Wirksamkeit und Einsatz dieser Substanz zu beobachten. Die eigene Erfahrung

Background: Individual therapeutic decisions are a contentious point in the context of medical quality work and guideline implementation. In the course of a mixed-methods study on antibiotic prescribing for uncomplicated urinary tract infections (UTI) a sustained change in prescribing could be demonstrated. The complex intervention comprised a self-conducted practice test of trimethoprim (TMP). The aim of the qualitative part was to evaluate the attitudes of the family physicians (FP) towards guidelines, the making of their therapeutic decisions and the effect of the practice test on their opinions.

Methods: The study was conducted in a before-after design with qualitative elements. The qualitative part consisted of focus-groups and single interviews, semi-structured by discussion guides that had been developed by an interdisciplinary team of researchers. Evaluation of the transcribed discussions and interviews was done according to the method of qualitative content analysis by Mayring.

Results: Guidelines first were widely perceived as out of touch with reality and rejected as a whole. Antibiotic choice was seen as reflex like, mainly driven by former hospital training. The interest of the single patient was clearly paramount to the common good of preventing antibiotic resistance. Concerning this task the FPs missed any solidarity within the health care system. In the three months practice test TMP had a success rate of 94%. This strongly changed opinions towards the use of TMP. Peer group opinion, self-reflection and personal experience in the practice test were predominantly seen as the change inducing agents.

Conclusions: The choice between broad- and small-spectrum antibiotics mirrors the conflict of the FP's responsibility for individual and collective at the same time.

im Praxistest, Selbstreflexion und die Bestätigung durch die Gruppe wurden als die wesentlichen Einflussfaktoren für diese Meinungsveränderung benannt.

Schlussfolgerungen: Die Wahl zwischen Breit- oder Schmalspektrum-Antibiotikum spiegelt den ärztlichen Konflikt der gleichzeitigen Verantwortlichkeit für Individuum und Gemeinschaft wider. Im Fokus hausärztlicher Therapieentscheidungen scheint vorrangig das Wohl des individuellen Patienten, weniger hingegen der Public-Health-Gedanke der Resistenzvermeidung zu stehen. Die Verordnung von Breitspektrum-Antibiotika erweist sich somit aus der Perspektive der behandelnden Ärzte als vernünftig und logisch. Der Praxistest und die gemeinsame Kontrolle über den Erkenntnisgewinn im Qualitätszirkel konnte die Hausärzte davon überzeugen, dass mit TMP beide Interessen vereinbar sind. Möglicherweise ist es die Public-Health-Perspektive der Leitlinien, die ihrer Umsetzung in die Praxis manchmal im Wege steht.

Schlüsselwörter: Leitlinien; Harnwegsinfekte; Verschreibungsverhalten; Hausarztmedizin; qualitative Studie

The good of the individual patient stood clearly in front of the public health goal of avoiding bacterial resistance. Prescribing of broad-spectrum antibiotics appears thus to be logical and reasonable from this perspective. The practice test and ownership of the process of knowledge acquisition convinced the participants that with TMP both goals are achievable. Possibly it is the public-health perspective of guidelines that sometimes blocks their translation into practice.

Keywords: Guidelines; Urinary Tract Infections; Prescribing Practice; Primary Care; Qualitative Study

Hintergrund

Klinisch empirische Forschung gewinnt Erkenntnisse zu einzelnen Krankheitsbildern durch Betrachtung von Patientengruppen. Hausärzte dagegen betreuen individuelle Personen, deren Krankheiten kommen und gehen. Der dadurch entstehende Graben zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und praktischer ärztlicher Tätigkeit ist ein bekanntes Problem für beide Seiten [1]. Evidenzbasierte Leitlinien haben zum Ziel, diesen Graben zu überbrücken. Sie werden darüber hinaus als Maß zur Bewertung von Versorgungsqualität genutzt. Die Rhetorik der Implementierung gesicherten Wissens in eine als chaotisch dargestellte Praxis stößt vielfach auf emotionalen Widerstand [2]. Interventionen zur Verbesserung der Versorgungsqualität sollten deshalb anstreben, nicht die Selbstwahrnehmung der Ärzte zu beschädigen, sondern deren autonome Selbstentwicklung zu fördern.

CONTENT (CONTinuous morbidity registration NeTwork) ist ein Projekt des Universitätsklinikums Heidelberg, mit dem Ziel, ein Morbiditätsregister für den hausärztlichen Bereich zu etablieren [3]. Gleichzeitig ermöglicht die CONTENT-Software den teilnehmen-

den Hausärzten, ihre eigenen Daten selbstständig für praxisinterne Qualitätsarbeit zu nutzen. In einem Qualitätszirkeltreffen der CONTENT-Teilnehmer zur Schulung der selbstständigen Datenanalyse zeigte sich, dass das Verschreibungsverhalten der Gruppe bei unkomplizierten Harnwegsinfekten (uHWI) stark von den Empfehlungen der Leitlinie abwich. Die Hausärzte verordneten statt der empfohlenen Erstwahlmedikamente Trimethoprim (TMP) und Nitrofurantoin [4] zumeist Chinolone. Sie begründeten dies mit der Erfahrung hoher Raten von Therapieversagen von TMP, erklärten sich aber bereit, TMP unter wissenschaftlicher Begleitung im Rahmen einer Studie zu testen. Kern der Intervention waren ein Praxistest von TMP über ein Quartal und Selbstreflexion in Fokusgruppen. Die Ergebnisse der Studie wurden bereits anderweitig mit Fokus auf die Intervention und das weitere Ordnungsverhalten der Gruppe publiziert [5]. Für das reichhaltige qualitative Material der Studie blieb in dieser ersten Publikation wenig Raum. Ziel des hier vorliegenden Artikels war es deshalb, die Haltungen der Teilnehmer gegenüber Leitlinien und Entscheidungsfindungsprozessen vertieft aufzuarbeiten und zu berichten.

Methoden

Studiendesign

Wir führten die Studie in einem qualitativ-quantitativ gemischten Vorher-Nachher-Design durch (siehe Abbildung 1). Details zum Gesamt-Studienablauf können andernorts nachgelesen werden [5].

Die qualitativen Daten wurden in Fokusgruppen vor und nach dem Praxistest erhoben. Aufgrund von Terminschwierigkeiten wurden mit drei Ärzten Einzelinterviews durchgeführt.

Teilnehmer

Von den 23 zu diesem Zeitpunkt am CONTENT-Projekt teilnehmenden Hausärzten nahmen elf Ärzte am genannten Qualitätszirkeltreffen zur Schulung der Analysefunktion der Software teil. Von diesen elf Ärzten wollten zwei nicht an der Studie teilnehmen. Einer gab Zeitgründe an. Der andere empfand die Umsetzung der Leitlinienempfehlung als moralisch nicht vertretbares Experiment. Beide stellten sich jedoch für Einzelinterviews nach dem Praxistest zur Verfügung. Ein CONTENT-Teilnehmer, der für das Qualitätszirkeltreffen keine Zeit gefunden hatte, wollte dennoch an der Studie teilnehmen. So-

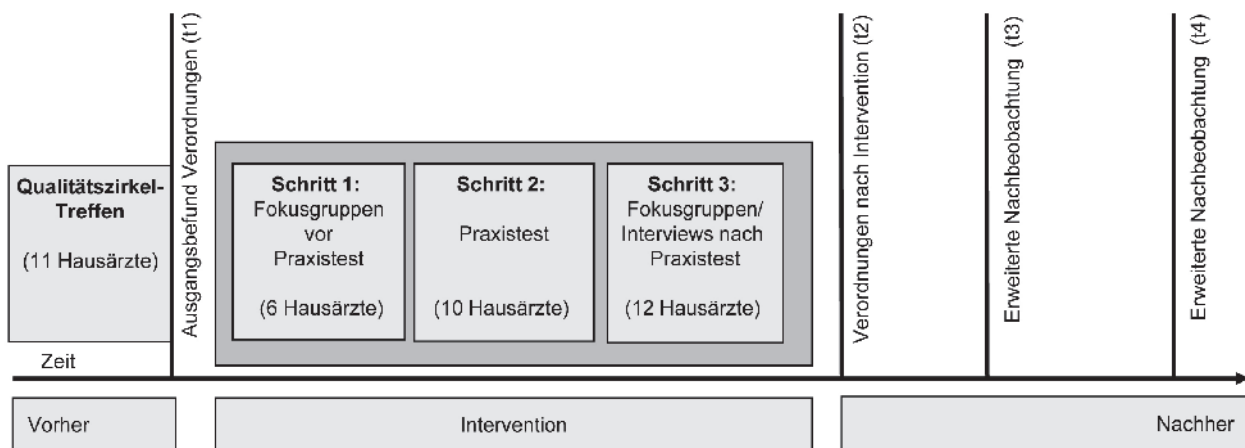


Abbildung 1 Flussdiagramm Studiendesign.

mit ergab sich eine Gesamtzahl von zwölf Teilnehmern, die in die Studie eingeschlossen wurden. Vor dem Praxistest fanden zwei Fokusgruppen mit je drei Teilnehmern statt (n=6). Am Praxistest selbst nahmen zehn der elf Ärzte teil (n=10). Nach dem Praxistest wurden zwölf Ärzte in zwei Fokusgruppen und drei Einzelinterviews befragt (n=12). Die Studienteilnehmer waren bis auf eine Ausnahme männlich, im Durchschnitt 54 (Min. 49, Max. 59) Jahre alt und seit im Mittel 21 (Min. 9, Max. 31) Jahren in eigener Niederlassung tätig. Von den Praxen befinden sich zwei im städtischen, fünf im vorstädtischen und fünf im ländlichen Bereich.

Datenerfassung und -analyse

Die Fokusgruppensitzungen und Interviews wurden vom Leiter des CONTENT-Projekts (TK) anhand von interdisziplinär erarbeiteten Leitfragen durchgeführt. Die Leitfragen der Interviews vor und nach dem Praxistest sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Den Teilnehmern wurde das Konzept einer Art innerer, impliziter Leitlinie für das eigene Handeln als Gegenstück zur Leitlinie der Fachgesellschaft erklärt und sie wurden nach dieser inneren Leitlinie befragt [6]. Um die Diskussion anzuregen, wurden die Teilnehmer außerdem mit Gegensatzpaaren, wie „TMP = Wohl der Allgemeinheit versus Chinolone = Wohl des Einzelnen“ konfrontiert und diese bei Bedarf erläutert. Eine zusätzliche Frage nach dem Praxis-

test war, ob die positive Erfahrung mit der Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen“ einen Einfluss auf den Umgang mit anderen Leitlinien habe.

Die Gespräche wurden audio-visuell aufgezeichnet und pseudonymisiert transkribiert. Die qualitative Datenanalyse wurde von TK und KG, einer Wissenschaftlerin mit medizinsoziologischem Hintergrund, durchgeführt. Zur Analyse der Daten wurde das Softwareprogramm Atlas.ti 5.2 benutzt. Basierend auf den Leitfragen wurden nach der Methodik der Inhaltsanalyse von Mayring induktiv Kategorien entwickelt. In einem Konsensusprozess der Wissenschaftler untereinander wurden Subkategorien abgeglichen und modifiziert [7].

Ergebnisse

Aus dem vor dem Praxistest erhobenen Textmaterial wurden drei Hauptkategorien entwickelt: „Innere Leitlinie“, „Leitlinie“ und „Versorgung des individuellen Patienten“. Tabelle 2 zeigt alle Haupt- und Unterkategorien.

Innere Leitlinie

Die Teilnehmer waren nach einer Art innerer Leitlinie als Analogon zur Leitlinie der Fachgesellschaft befragt worden. Es ergaben sich zwei wesentliche Aussagekategorien: Entstehung des Medikamentenrepertoires und Reflexartigkeit des Entscheidungsprozesses.

Entstehung des Medikamentenrepertoires: Therapieentscheidungen beruhten vielfach auf in der eigenen Ausbildung Gelerntem: „Also wirklich ganz banal. Ich habe das weitergeführt, was man mir mal beigebracht hat. So wurde das im Krankenhaus gemacht“ (HA26). Ein weiterer wichtiger Grund war die Orientierung am Ordnungsverhalten anderer Ärzte: „Bei uns in der Praxis ist es üblich, ... und das ist eigentlich der ausschlaggebende Punkt, weshalb ich das auch mache“ (HA26). Entscheidend war auch, gute Erfahrungen mit dem Medikament gemacht zu haben. Eine typische Aussage war: „Ein Antibiotikum zu wählen, auf das man vertraut – ja – mit dem man gute Erfahrungen gemacht hat“ (HA26). Einige sahen explizit keinen Grund ein erfolgreiches Therapieverfahren zu ändern: „Es fällt halt einfach am schnellsten ein ... [] ... und funktioniert, also mache ich das“ (HA2). Auf der anderen Seite wurden schlechte Erfahrungen und Therapieversagen als wichtigste Gründe genannt, die innere Leitlinie in Frage zu stellen: „Therapieversager gefährden meine innere Leitlinie, dann stell ich mich um“ (HA9).

Reflexartigkeit des Entscheidungsprozesses: Der Moment der Verschreibung wurde als reflexartig und gewohnheitsmäßig beschrieben: „Also ich muss grade ehrlich sagen, bei mir ist es auch oft schlicht und ergreifend Gewohnheit. Hat mit Erfahrung gar nichts zu tun“ (HA2). „Nein, es ist völlig unreflektiert denke ich“ (HA26).

Leitlinie

Aus den Aussagen der Ärzte ließen sich deutliche Vorbehalte gegenüber Leitlinien ablesen: „Also die Leitlinie ... ist irgendwo immer so ein Zügel. Ist doch ein bisschen was Autoritäres. Ich tu´ mich manchmal schon schwer, dem zu folgen, muss es aber. Es ist also ... doch verschult irgendwo und ein Zwang irgendwo. Nach wie vor Androhung von Strafen, wenn man es nicht tut ... [] ... So ein Gschmäcke bleibt da bei der Leitlinie“ (HA2). Es zeigte sich eine ausgeprägte Überzeugung, dass eines der Hauptziele von Leitlinien die Kosteneinsparung sei: „... wobei Cotrim ja immer noch ein bisschen auch zur Leitlinie zählt, weil ich dachte, es ist ja das Günstigere“ (HA9).

Versorgung des individuellen Patienten

Mehrfach wurde geäußert, dass es nicht die Hauptaufgabe des Arztes sei, Leitlinien zu folgen, sondern die bestmögliche Behandlung des individuellen Patienten zu gewährleisten und dessen Erwartungen zu erfüllen. Eine starke Patientenbindung und ein starkes Verantwortungsgefühl wurden als Rechtfertigung für den Einsatz breit wirksamer Antibiotika angeführt. Die Aufgabe Chinolone als Reserveantibiotika zurückzuhalten (Gemeinwohl), selbst zum Preis einer möglicherweise erhöhten Rate von Therapieversagen beim Einsatz von Erstwahlantibiotika beim einzelnen Patienten (Wohl des Individuums), wurde von den Teilnehmern entschieden zurückgewiesen: „Prinzipiell verordne ich das, was ich für richtig halte in dem Fall; prinzipiell entscheide ich für den Einzelnen, also zunächst für den Patienten. Ich verordne das, was der jetzt braucht“ (HA9). Der Idee, für mehr als für den gerade vor einem sitzenden Patienten verantwortlich zu sein, wurde sogar mit einer gewissen Verständnislosigkeit begegnet: „Diese Überlegung Gemeinwohl versus Wohl des Einzelnen hab ich da auch nicht gehört. Habe ich noch nie drüber nachgedacht, um ehrlich zu sein. Also hab ich jetzt in dem Bezug auf diese Leitlinie noch nie drüber nachgedacht“ (HA18).

Die Teilnehmer waren der Meinung, das Resistenzproblem ließe sich nur gemeinsam mit anderen Fachgruppen lösen, vermissten jedoch diesbezüglich jegliche Solidarität im Gesundheitssys-

Fokusgruppe vor Praxistest	Eine Patientin kommt in Ihre Sprechstunde und Ihre Diagnose lautet: akuter unkomplizierter Harnwegsinfekt. Wie treffen Sie Ihre Therapieentscheidung? Wie kommt diese Ihrer Meinung nach zustande?
	Wie erklären Sie die Differenz zwischen dem Verordnungsverhalten, wie es in den CONTENT-Daten sichtbar wird, und der Empfehlung der Leitlinie?
	Als Gegenpol zur externen Evidenz der Leitlinien könnte man einen inneren Leitfaden für das eigene Handeln in der Praxis postulieren. Woher beziehen Sie Ihren inneren Leitfaden?
	Was sagen Sie zu folgender Aussage: TMP vs. Chinolon = Barfußmedizin vs. High-Tech?
Fokusgruppen und Einzelinterviews nach Praxistest	Was sagen Sie zu folgender Aussage: TMP vs. Chinolon = Gemeinwohl vs. Wohl des Einzelnen?
	Wie waren Ihre subjektiven Erfahrungen mit der Verschreibung von Trimetoprim?
	Die Rate von Therapieversagen unter Trimetoprim lag bei 6 %. Was halten Sie von diesem Ergebnis?
	Wie sehen Sie das Verhältnis zwischen Ihrer persönlichen Erfahrung und dem Ergebnis der Datenauswertung?
	Wie bewerten Sie den Einfluss der eigenen Datenanalyse auf Ihr künftiges Verordnungsverhalten?
	Hat die Erfahrung in diesem Projekt für Sie eine Bedeutung bezüglich anderer Leitlinienempfehlungen? (Wie zum Beispiel der Empfehlung, bei ambulant erworbener Pneumonie Amoxicillin einzusetzen?)

Tabelle 1 Leitfragen der Fokusgruppen und Interviews vor und nach dem Praxistest.

tem. Andere Fachärzte würden auch fast immer Chinolone verordnen. Man könne nicht alleine für die Resistenzentwicklung verantwortlich sein. „Sowohl HNO-Ärzte als auch Urologen oder sonstige Fachrichtungen, aber es wird ja Kreuz und Quer auf Teufel komm raus verordnet“ (HA 13). „Ja. Ich kann nichts anderes reden, weil das Chaos besteht“ (HA 4).

Nach dem Praxistest stellten die teilnehmenden Ärzte einhellig fest, dass sie keinerlei Unterschied zur Verschreibung von Chinolonen hatten feststellen können. Die meisten erwähnten spontan, TMP inzwischen in ihr Standardrepertoire übernommen zu haben. Aus dem nach dem Praxistest erhobenen Textmaterial wurden drei Hauptkategorien gebildet: „Erfahrungen versus Daten“, „Selbstkritik und Selbstreflexion“, „Übertragung auf andere Leitlinien“.

Erfahrungen versus Daten

Auch nach dem Praxistest wurde die persönliche Erfahrung als der stärkste Einflussfaktor auf zukünftige Verschreibun-

gen gesehen. Datensammlung und Analyse blieben eine bestätigende, aber nicht wirklich notwendige Ergänzung: „Also persönliche Erfahrungen sind was ausgesprochen Wichtiges. Wenn ich also sehe, dass was funktioniert, dann wird sich das in mir auch so einbrennen, dass ich das auch so weiter handhabe. Die Datenauswertung gibt mir halt ...[]... irgendwo noch mal eine zusätzliche Sicherheit“ (HA1). Dennoch äußerten die Teilnehmer spontan eine Ähnlichkeit zwischen dem eigenen Erkenntnisgewinn über den Praxistest und wissenschaftlichem Erkenntnisgewinn durch Studien erkannt zu haben: „... ‘ne interessante Veränderung in meiner Denkstruktur. Zu sehen, ja wohl, so wie wir das jetzt praktisch ausprobieren haben, eine Erfahrung gemacht haben, so kommen letztendlich auch Leitlinien ja zustande“ (HA14).

Der Praxistest schien den Graben zwischen Forschung, Leitlinie und Praxis überbrückt zu haben: „Also, wenn man so eine Brücke schlagen könnte zwischen Alltag und Wissenschaft, dann, glaube ich, ist allen geholfen. Dann ist auch die

	Hauptkategorie	Unterkategorie
Vor Praxistest	Innere Leitlinie	Entstehung des Medikamentenrepertoires Reflexartigkeit des Entscheidungsprozesses
	Leitlinie	negative Einstellung Kosteneinsparung
	Versorgung des individuellen Patienten	Patientenbindung Verantwortungsgefühl Gemeinwohl Wohl des Individuums
Nach Praxistest	Erfahrungen vs. Daten	persönliche Erfahrung Daten als Ergänzung eigene Kontrolle
	Selbstkritik und Selbstreflexion	reflexhaftes Handeln diagnostische Unsicherheit Ablehnung von Leitlinien Motivation
	Übertragung auf andere Leitlinien	Vorhandensein der Bereitschaft

Tabelle 2 Übersicht der Haupt- und Unterkategorien zum Verschreibungsverhalten.

Nähe der Leitlinie zu dem, was der Alltag bietet, wieder da. Da hat man nicht so das Gefühl: Wo sind die eigentlich? Was machen die denn? Sitzen die denn nur an ihrer Uni?“ (HA6). Ein wichtiger Aspekt schien das Gefühl von eigener Kontrolle über den Erkenntnisprozess zu sein: „... was da steht in der Leitlinie, aber ... []... ist doch irgendwie erst mal relativ theoretisch. ... []... das, was wir hier gemacht haben, ist irgendwie was Praktisches, das konnte ich gut nachvollziehen. Und ... []... es war ein gemeinsames Projekt, wir wollten das ... []... damit können wir auch hinterher ... []... besser für uns sagen, ja das war richtig und das machen wir auch weiter so“ (HA0001).

Selbstkritik und Selbstreflexion

Einige Hausärzte äußerten selbstkritisch, dass ein großer Teil ihres Handelns reflexhaft und schwer zu ändern sei: „... also ich zum Beispiel habe so gut wie keine Erfahrungen mit TMP vorher gemacht, weil's einfach ... []... so ein Reflex war, wie man aus der Klinik schon gelernt hatte. Zack da kommt halt des drauf“ (HA30). Einer der Teilnehmer sagte, dass in einem Bereich großer diagnostischer Unsicherheit der therapeutische Reflex dazu verleiten würde, diese Unsicherheit medikamentös zu kompensieren. Im Falle von Anti-

biotika sei das dann eben dasjenige mit dem breiteren Spektrum: „Wir müssen die Diagnose also klinisch stellen, ... []... über die Auskultation und Perkussion und über die Klinik, ... []... und dann will man natürlich auf der anderen Seite ein Medikament, wo ich mir sage, das funktioniert eigentlich in der Regel“ (HA3). Einige der Teilnehmer äußerten im Nachhinein die abgelehnte Leitlinie gar nicht gekannt zu haben. Sie gaben an, gegen Leitlinien generell zu rebellieren, weil sie diese als von oben herab und übergestülpt empfinden würden: „Wer setzt sich schon hin und liest Leitlinien. ... []... wir sind ja immer so gefangen in der Routine ... []... ich lese selten Leitlinien durch. Das ist das Problem“ (HA3). Mehrfach wurde erwähnt, wie sehr die Tatsache der Eigenständigkeit des Erkenntnisgewinns über den Praxistest die Meinungsänderung gegenüber TMP bewirkt hatte: „Du möchtest wirklich gerne auch wissen, ob das jetzt so funktioniert in der Gruppe gemeinsam und wenn du die Daten siehst natürlich und es hat funktioniert, bist du bestärkt“ (HA1). Einer der Ärzte, der durch den Praxistest überzeugt war, dass TMP eine gute Wahl darstellt, sagte, dass er inzwischen doch wieder Chinolone verschreiben würde: „Norflox ist wieder da. Also es ist nicht geblieben das Trimethoprim, sondern die Gewohnheit von vorher ist wieder drin“ (HA6).

Er sagte, er bräuchte eine stärkere Motivation, um alte Gewohnheiten zu ändern, und es gäbe wichtigere Probleme in seiner Praxis als die Unterscheidung von TMP und Chinolonen.

Übertragung auf andere Leitlinien

Die Hausärzte waren gefragt worden, ob das Ergebnis des Praxistests ihre Haltung gegenüber anderen Leitlinienempfehlungen beeinflusst habe. Als Beispiel wurde die Empfehlung genannt, bei ambulant erworbener Pneumonie Amoxicillin statt Breitspektrum-Antibiotika zu verschreiben. Die Antworten blieben ausweichend: „Für klare Krankheitsbilder ist das mit den Leitlinien, ... []... sicherlich sinnvoll. Sollte man auch weiter machen. Bei komplizierten Sachen wie jetzt gerade die Pneumonie, ... []... ob man dann tatsächlich Amoxicillin gibt?“ (HA13). Viele Teilnehmer äußerten eine höhere Bereitschaft, sich Leitlinien in Zukunft näher anzuschauen. Den Äußerungen dieser Bereitschaft folgten jedoch zumeist einschränkende Aussagen.

Diskussion

Die Aussagen der Ärzte lassen darauf schließen, dass das aktuelle Verschreibungsverhalten vor allem von Erfahrungen und dem, was als allgemein üblich wahrgenommen wird, bestimmt ist. Das Verschreibungsverhalten wurde als eher gewohnheitsmäßig und weniger als kognitive Entscheidung beschrieben. Leitlinien wurden als Empfehlungen aus Elfenbeintürmen und Mittel zur Kostendämpfung angesehen. Die Hausärzte fühlten eine starke Verantwortung gegenüber dem individuellen Patienten und wenig Verantwortung gegenüber der gesellschaftlichen Aufgabe der Resistenzvermeidung von Antibiotika. Als überzeugende Gründe für eine Änderung ihres Ordnungsverhaltens gaben die Teilnehmer die eigene positive Erfahrung im Praxistest und die Meinung der Kollegen an. Der Praxistest hatte nach Ansicht der Hausärzte eine Brücke zwischen Forschung und Praxis geschlagen. Die eigene Kontrolle über den Erkenntnisgewinn und die Selbstreflexion in den Gruppen scheinen wesentliche Hebel zur Veränderung eingefahrener Verschreibungsmuster gewesen zu sein.

Das Phänomen, dass das Verschreibungsverhalten im Falle von uHWI reflexartig und gewohnheitsmäßig verläuft, ist offensichtlich eines der zentralen Hindernisse dieses Verhalten zu verändern. In einer Studie aus England zeigte sich, dass nur 5,4 % aller Verschreibungen eines Jahres neue Medikamente im Verordnungsrepertoire von Hausärzten waren [8]. Insgesamt beschreiben sich Ärzte als konservativ und vorsichtig bezüglich ihres Ordnungsverhaltens. Eine weitere Studie zeigte, dass Krankenhausärzte, gefolgt von Pharmareferenten, den größten Einfluss auf diese Neuverschreibungen zu haben scheinen [9]. Auch unsere Studienteilnehmer nannten Krankenhauskollegen, niedergelassene Spezialisten und die Pharmaindustrie als wichtigste Einflussfaktoren auf ihr eigenes Verschreibungsverhalten.

Die Hausärzte in unserer Studie berichteten, ein starkes Verantwortungsgefühl gegenüber ihren individuellen Patienten zu empfinden und lehnten eine Verantwortung für die gesellschaftliche Aufgabe der Resistenzvermeidung weitgehend ab. Der Konflikt der gleichzeitigen Verantwortung für Individuum und Gesellschaft ist nicht neu und berührt viele Punkte insbesondere hausärztlicher Arbeit [10]. Arbeiten zur Verschreibungskultur bei Antibiotika zeigen, dass für Hausärzte die möglichen Vorteile von Breitspektrum-Antibiotika, deren mögliche Nachteile durch resistente Keime für die Gemeinschaft überwiegen [11]. Eine jüngst erschienene Übersichtsarbeit über die Einflüsse auf das Ordnungsverhalten von Hausärzten kam zu dem lakonischen Schluss, dass die Hausarztmedizin historisch eben patientenzentriert sei, und dass es unklar bleibe, ob Hausärzte die Konsequenzen ihres Ordnungsverhaltens für die größere Gemeinschaft bedenken [12]. Warnende Informationen zur lokalen Resistenzentwicklung von Antibiotika durch die mikrobiologischen Labors, können sogar zum paradoxen Effekt eines Anstiegs der Ordnungen von Breitspektrum-Antibiotika führen, um dadurch weiterhin den Bedürfnissen der individuellen Patienten gerecht werden zu können [13]

Als wichtige Einflussfaktoren für ein verändertes Ordnungsverhalten nach dem Praxistest wurden die persönliche Erfahrung bei der Verschrei-

bung von TMP und die Meinungen der Kollegen gesehen. Auch andere Studien zeigten, dass das Verhalten der eigenen hausärztlichen Kollegen einen sehr starken Einfluss auszuüben scheint [14]. Nach unserer Kenntnis beschäftigten sich nur wenige Studien mit dem Zustandekommen des Medikamentenrepertoires von Hausärzten. Eine davon fand, dass der persönliche Eindruck eines Therapieerfolges den stärksten Einfluss auf Annahme oder Ablehnung eines Medikaments hatte [15]. Dieser Befund ist in guter Übereinstimmung mit unseren Daten. Angesichts der in der hausärztlichen Arbeit verbreiteten diagnostischen Unsicherheit und der oft fraglichen klinischen Effektivität von Therapien, scheinen die Peergruppe und deren gemeinsame Rhetorik einen Ersatz in Situationen zu bieten, in denen alles vorhandene Wissen nicht weiterhilft [16]. Eine verbreitete hausärztliche Strategie mit Unsicherheit umzugehen, scheint die Heuristik „Im Zweifel – behandle!“ zu sein, die sich im Fall der uHWI, entsprechend unserer Ergebnisse, auf „Im Zweifel bezüglich möglicher Resistenzen – nimm lieber das Breitspektrum-Antibiotikum“ erweitern ließe.

Man hat das Ordnungsverhalten von Ärzten einmal als „das Schlachtfeld, auf dem die Sache der klinischen Autonomie verteidigt wird“ beschrieben [17]. Entsprechend kämpferisch war auch die Reaktion der teilnehmenden Ärzte vor dem Praxistest. Was bei der Weigerung TMP zu verschreiben eigentlich verteidigt wird, scheint die klinische Autonomie gegenüber einem so empfundenen Angriff durch die evidenzbasierte Medizin und eine administrativ, akademische Elite in Gestalt der Leitlinie zu sein [15].

Selbstreflexion über das eigene Verhalten und die eigene Kontrolle über den Prozess des Erkenntnisgewinns sind gut erforschte Mittel, Verhaltensänderungen zu bewirken. Auch in unserer Studie wurde der Reflexionsprozess von den Ärzten selbst als sehr wichtig beschrieben. Die eigene Kontrolle über den Prozess des Erkenntnisgewinns wird schon lange als wichtiger Motivator für Verhaltensänderungen gesehen. Die geschützte Zeit über das eigene Handeln und seine Gründe nachzudenken, könnte einen effektiven Weg darstellen, in Zukunft auch andere Verhaltenswei-

sen selbst zu hinterfragen und gegebenenfalls zu verändern [18].

Stärken und Schwächen

Eine wesentliche Schwäche der Studie kann in der Selektion der teilnehmenden Ärzte gesehen werden. Die Ärzte nehmen freiwillig am CONTENT-Projekt teil. Sie kennen sich untereinander und den Moderator gut und haben gemeinsam schon andere Unterprojekte des CONTENT-Projekts durchlaufen. Dies alles könnte sich positiv auf die Veränderungsbereitschaft ausgewirkt haben. Die Intervention war komplex und beruhte auch auf dem inzwischen sehr persönlichen Verhältnis untereinander. Es könnte daher schwierig sein, eine solche Verhaltensänderung in größerem Rahmen zu bewerkstelligen. Außerdem war es aufgrund der Geschlossenheit der Gruppe nicht möglich, die Datenerhebung bis zum Erreichen einer Informationssättigung fortzuführen. Es gibt Belege dafür, dass Forschungspraxen in einigen Aspekten repräsentativ für die Gesamtheit der Hausärzte sein können [19], während dies für andere Aspekte nicht zutrifft [20]. Unsere Teilnehmer schienen sich zumindest bezüglich der Leitlinienadhärenz nicht auffallend vor anderen Hausarztkollektiven hervorzutun.

Schlussfolgerungen

In der Hausarztpraxis erfolgt die Auswahl des Antibiotikums für uHWI weitgehend gewohnheitsmäßig und reflexartig. Leitlinienempfehlungen und externe Evidenz scheinen für diese Entscheidung eine eher untergeordnete Rolle zu spielen und werden häufig als realitätsfern abgelehnt. Das zentrale Ergebnis dieser Arbeit ist, wie weit das Wohl des individuellen Patienten aus Sicht der Hausärzte das Interesse der Gemeinschaft an einer Schonung antibiotischer Ressourcen für die Zukunft überwiegt. Aus dieser Perspektive erscheint die Verordnung von Breitspektrum-Antibiotika bei uHWI zunächst konsequent und nachvollziehbar. Der Public-Health-Gedanke der Resistenzvermeidung steht somit der Umsetzung der Leitlinie möglicherweise im Weg. Weitere Forschung und eine breite innerfachliche Diskussion zur Problematik der gleichzeitigen Verantwortlichkeit des

Dr. med. Thomas Kühlein ...

... ist Facharzt für Allgemeinmedizin. Er ist 49 Jahre alt und war 10 Jahre lang niedergelassener Hausarzt in einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis in Bad Staffelstein/Oberfranken. Seit Juli 2006 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Universitätsklinikum Heidelberg und leitet das Projekt CONTENT (www.content-info.org). An zwei Tagen der Woche ist er weiterhin hausärztlich im Medizinischen Versorgungszentrum Westhofen tätig und leistet Notdienste am Wochenende. Er ist verheiratet und hat drei Kinder, von denen die älteste Tochter Medizin studiert.

Hausarztes für Individuum und Gesellschaft scheinen wünschenswert. Die Annahme des Public-Health-Gedankens könnte die Stellung des Hausarztes in einem solidarischen Gesundheitswesen erheblich stärken.

Ethikvotum: Das Studienprotokoll des CONTENT-Projekts erhielt von der Ethikkommission des Universitätsklinikums Heidelberg ein positives Votum (Ethikvotum Nr.: 442/2005). Von den

teilnehmenden Ärzten liegen Einverständniserklärungen vor.

Sponsoren: Das CONTENT-Projekt wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert – Fördernummer: BMBF 01GK0601. Das BMBF hatte keinerlei Einfluss auf Inhalte dieser Studie.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Kühlein
Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Voßstr.2, Geb.37, 69115 Heidelberg
Tel.: 06221 56-8295
Fax: 06221 56-1972
thomas.kuehlein@med.uni-heidelberg.de

Literatur

- Rosemann T, Szecsenyi J. General practitioners' attitudes towards research in primary care: qualitative results of a cross sectional study. *BMC Fam Pract* 2004; 5: 31
- Timmermans S, Kolker ES. Evidence-based medicine and the reconfiguration of medical knowledge. *J Health Soc Behav* 2004; 45 (Extra Issue): 177-193
- Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis – vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. München: Urban & Vogel, 2008
- Hummers-Pradier E, Kochen MM. DE-GAM Leitlinie Nr. 1 – Brennen beim Wasserlassen. Düsseldorf: omikron publishing, 2002
- Kuehlein T, Goetz K, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J, Joos S. Antibiotics in urinary tract infections – sustained change of prescribing habits by practice test and self-reflection: a mixed methods study. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 522-526
- Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* 2004; 329: 1013-17
- Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 2007
- Cars H, Hakansson A. To prescribe – or not to prescribe – antibiotics. District physicians' habits vary greatly, and are difficult to change. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13: 3-7
- Taylor RJ, Bond CM. Change in the established prescribing habits of general practitioners: an analysis of initial prescriptions in general practice. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 244-248
- Abholz H-H. Conflicts between personal and public health care – can one GP serve two masters? *Br J Gen Pract* 2007; 57: 693-694
- Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998; 317: 637-642
- Mason A. New medicines in primary care: a review of influences on general practitioner prescribing. *J Clin Pharm Ther* 2008; 33: 1-10
- McNulty CA, Richards J, Livermore DM, et al. Clinical relevance of laboratory-reported antibiotic resistance in acute uncomplicated urinary tract infection in primary care. *J Antimicrob Chemother* 2006; 58: 1000-1008
- Weiss M, Fitzpatrick R. Challenges to medicine: the case of prescribing. *Sociol Health Illn* 1997; 19: 297-327
- Armstrong D. Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behaviour. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1771-1777
- Rizzo JA. Physician uncertainty and the art of persuasion. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1451-1459
- Britten N. Prescribing and the defence of clinical autonomy. *Sociol Health Illn* 2001; 23: 478-496
- Kaufman DM. Applying educational theory in practice. *BMJ* 2003; 326: 213-216
- McManus RJ, Ryan R, Jones M, Wilson S, Hobbs FR. How representative of primary care are research active practices? Cross-sectional survey. *Fam Pract* 2008; 25: 56-62
- Wetzel D, Himmel W, Heidenreich R, et al. Participation in a quality of care study and consequences for generalizability of general practice research. *Fam Pract* 2005; 22: 458-464