

Was tun Hausärzte und Medizinische Fachangestellte, wenn sie selbst erkältet sind?

What do Family Practitioners and Medical Assistants do Having a Cold?

Kambiz Afshar, Michael Hartung, Ulrike Junius-Walker, Nils Schneider, Olaf Krause

Hintergrund: Hausärzte empfehlen ihren Patienten verschiedene Behandlungsmaßnahmen zur Linderung der Beschwerden einer Erkältungskrankheit. Unklar ist jedoch, welche Maßnahmen Hausärzte und Medizinische Fachangestellte (MFA) bei sich selbst ergreifen, wenn sie erkältet sind, und inwiefern diese leitliniengerecht erfolgen.

Methoden: Befragung von Hausärzten und MFA als Teilnehmer des Tages der Allgemeinmedizin (TdA) an der Medizinischen Hochschule Hannover. Teilstandardisierter Fragebogen mit Fragen zu Häufigkeit, Schweregrad und Symptomen sowie zu medikamentösen (z.B. Mono- und Mischpräparate oder Antibiotika) und nicht-medikamentösen (z.B. erhöhte Trinkmenge) Maßnahmen bezogen auf die letzte Erkältungskrankheit.

Ergebnisse: Von 168 Teilnehmern des TdA (80 Ärzte und 88 MFA) haben 124 den Fragebogen ausgefüllt, darunter 64 Ärzte (weiblich 50 %, Altersmedian 49 Jahre, eine PJ-Studentin) und 60 MFA (weiblich 97 %, Altersmedian 37 Jahre). Im Mittel nutzten die Ärzte zwei und die MFA drei nicht-medikamentöse Maßnahmen. Insbesondere wurden eine erhöhte Trinkmenge (Ärzte 61 %; MFA 60 %), körperliche Schonung (Ärzte 61 %; MFA 50 %), das Trinken von Kräutertees (Ärzte 33 %; MFA 35 %) und Dampfinhalationen (Ärzte 28 %; MFA 35 %) genannt. Beide Gruppen nutzten im Median zwei medikamentöse Maßnahmen. Am häufigsten waren die Anwendung abschwellender Nasentropfen/-sprays (Ärzte 44 %; MFA 27 %) sowie die Einnahme von Ibuprofen (Ärzte 36 %; MFA 40 %) oder Paracetamol (Ärzte 27 %; MFA 23 %). Aspirin complex war das am häufigsten genannte Mischpräparat (Ärzte 8 %; MFA 27 %). Antibiotika wurden von MFA häufiger eingenommen (20 % vs. 9 %). Häufigster Grund für die Einnahme eines Antibiotikums war in beiden Gruppen Husten mit gelbem/grünem Auswurf.

Background: Family practitioners (FP) recommend different medicinal and non-medicinal treatment measures to their patients for relieving the symptoms of a common cold. Yet it is unknown, which measures are taken by FP and medical assistants (MA) themselves in a common cold, and whether they take place in conformity with guidelines.

Methods: Survey of physicians and MA who were participants of the day of family medicine at the Hannover Medical School. Semi-standardized questionnaires with questions about frequency, severity and symptoms as well as medicinal (e.g. mono and mixed preparations or antibiotics) and non-medicinal (e.g. increased fluid intake) measures based on the latter experienced common cold.

Results: Out of 168 participants (80 physicians and 88 MA) 64 physicians (50 % female, median age 49 years, one student in elective period) and 60 MA (97 % female, median age 37 years) took part in the survey. The physicians took a median of 2 and the MA a median of 3 non-medicinal measures. An increased fluid intake (physicians 61 %; MA 60 %), physical conservation (physicians 61 %; MA 50 %), herbal teas (physicians 33 %; MAs 35 %) and steam inhalation (physicians 28 %; MA 35 %) were mentioned in particular. Both groups took a median of 2 medicinal measures. Most frequently was the application of decongestant nasal sprays (physicians 44 %; MA 27 %) as well as the intake of ibuprofen (physicians 36 %; MA 40 %) or paracetamol (physicians 27 %; MA 23 %). Aspirin complex was the commonest medicinal mixed preparation mentioned (physicians 8 %; MA 27 %). Antibiotics were used more often by MA (20 % vs. 9 %). Main reason for an antibiotic in both groups was coughing with yellowish/greenish expectoration.

Schlussfolgerungen: Zur Selbstbehandlung bei Erkältungskrankheiten nutzen Ärzte und MFA eine Vielzahl medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen, die auch in der DEGAM-Leitlinie Nr. 11 empfohlen werden. Häufigster Grund für die Einnahme eines Antibiotikums war Husten mit gelbem/grünem Auswurf, wobei hier eine klare Diskrepanz zur Leitlinie besteht.

Schlüsselwörter: Erkältungskrankheit; Hausärzte; Medizinische Fachangestellte; Selbstbehandlung; Leitlinie

Conclusions: As self-treatment in common colds, physicians and MA use a variety of medicinal and non-medicinal measures, which are recommended as well in the guideline No. 11 of the German College of Family Practitioners (DEGAM). Main reason for an antibiotic was a cough with yellowish/greenish expectoration, although this is clearly discrepant to the guideline's recommendation.

Keywords: common cold; family practitioner; medical assistant; self-treatment; guideline

Hintergrund

Erkältungskrankheiten stellen einen der häufigsten Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis dar [1, 2]. Hausärzte empfehlen ihren Patienten unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen zur Linderung der Beschwerden [3]. Zusätzlich ergreifen Patienten selbst eine Reihe nicht-medikamentöser und medikamentöser Maßnahmen zur Selbstbehandlung [4, 5]. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass Studierende medizinischer und nicht-medizinischer Fachrichtungen bereits verschiedene medikamentöse Maßnahmen ergreifen, wenn eine Erkältungskrankheit bei ihnen vorliegt [6–8]. Unklar ist jedoch, welche Maßnahmen Hausärzte und Medizinische Fachangestellte (MFA) bei sich selbst ergreifen, um ihre Beschwerden und den Verlauf im Falle einer Erkältungskrankheit zu beeinflussen. Ziel dieser Befragung ist daher die Identifikation von Behandlungsmaßnahmen, die Hausärzte und MFA selbst nutzen. Diese sollen zwischen den beiden Professionen verglichen und in Bezug zu nationalen Leitlinien und internationalen Empfehlungen gesetzt werden.

Methoden

Befragung

Die Befragung fand im Rahmen des 4. Hannoveraner Tages der Allgemeinmedizin (TdA) statt. Es handelt sich dabei um eine regelmäßige Veranstaltung von universitären Instituten für Allgemeinmedizin, die sich an niedergelassene Hausärzte (Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten) und MFA richtet. Alle am TdA teilnehmen-

den Ärzte und MFA erhielten bei ihrer Anmeldung einen auf ihre Profession angepassten teilstandardisierten Fragebogen in anonymisierter Form. Die Befragung erfolgte in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki in ihrer aktuellen Version (Fortaleza/Brasilien 10/2013).

Konzeption der Fragebögen

Die Fragebögen wurden von der Autorengruppe auf der Basis eigener klinischer Erfahrungen, thematisch relevanter Literatur und Leitlinienempfeh-

lungen entwickelt und von ausgesuchten Kollegen auf Verständlichkeit hin getestet.

Teilstandardisierter Fragebogen für Ärzte

Der Fragebogen für Ärzte beinhaltete Fragen zur Häufigkeit von Erkältungen in den letzten 12 Monaten sowie zum Zeitpunkt der letzten eigenen Erkältungskrankheit. Es wurde gefragt, welche Symptome vorlagen und welche nicht-medikamentösen sowie medikamentösen Maßnahmen (inklusive An-

Gruppe	Parameter	n	%	
Ärzte	Teilnehmeranzahl	64	100	
	Geschlecht	weiblich	32	50
	Ausbildung ^a	Facharzt für Allgemeinmedizin	40	64
		Facharzt für Innere Medizin	13	21
		Arzt in Weiterbildung	8	13
		Facharzt anderer Fachrichtung	1	2
		Student im Praktischen Jahr	1	2
	Inhaber einer Praxis ^b	36	64	
	Arzt in Anstellung ^b	20	36	
Altersmedian in Jahren (IQR)	49 (43–55)			
MFA	Teilnehmeranzahl	60	100	
	Geschlecht	weiblich	58	97
	Ausbildung ^c	gelernte MFA	53	91
		Kranken- und Gesundheitspfleger	1	2
		Auszubildende	4	7
Altersmedian in Jahren (IQR)	37 (24–48)			

^a Angaben von n = 63, ^b Angaben von n = 56, ^c Angaben von n = 58
IQR = Interquartilsbereich, MFA = Medizinische Fachangestellte

Tabelle 1 Basisdaten der befragten Ärzte und MFA

		Ärzte		MFA		p ^a
		n	%	n	%	
Anzahl der Erkältungen in den letzten 12 Monaten	keinmal	7	11	8	13	0,600
	einmal	20	31	24	40	
	zweimal	25	39	17	28	
	mehr als zweimal	12	19	11	18	
Zeitpunkt der letzten Erkältung^{b,c}	vor < 1 Monat	18	29	10	18	0,388
	vor 2–6 Monaten	27	44	28	51	
	vor > 6 Monaten	17	27	17	31	
Schweregrad der Erkältung nach subjektivem Empfinden^d	leichtgradig	16	26	11	19	0,268
	mäßiggradig	34	55	34	59	
	schwergradig	11	18	8	14	
	nicht erinnerbar	1	2	5	9	
Symptome	Abgeschlagenheit	46	72	34	57	0,077
	Halsschmerzen	43	67	44	73	0,455
	Schnupfen	42	66	48	80	0,073
	Husten	33	52	42	70	0,036
	Kopfschmerzen	29	45	35	58	0,147
	Gliederschmerzen	27	42	24	40	0,805
	Fieber	19	30	15	25	0,559
	andere	4	6	1	2	0,195

^a χ^2 p < 0,05, ^b Angaben von Ärzten n = 62, ^c Angaben von MFA n = 55, ^d Angaben von MFA n = 58

Tabelle 2 Häufigkeit, Zeitpunkt, Schwere und Symptome der letzten Erkältungskrankheit

tibiotika und Mischpräparate) bei der letzten eigenen Erkältungskrankheit angewandt bzw. eingenommen wurden. Weiterhin wurde gefragt, in welchen Fällen bzw. bei Vorliegen welcher Symptome die Befragten ein Antibiotikum einnehmen würden. Bei den Fragen konnten die Befragten aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten die zutreffenden Antworten auswählen. Es bestand zudem die Möglichkeit für Freitextantworten. Zuletzt folgten Fragen zu Alter, Geschlecht, Fachrichtung, Ausbildung und zur aktuellen Tätigkeit in einer hausärztlichen Praxis.

Teilstandardisierter Fragebogen für MFA

Der Fragebogen für MFA beinhaltet die oben genannten Fragen. Im Unterschied zum Arztfragebogen wurde gefragt, in welchen Fällen ein Antibiotikum als notwendig erachtet werde. Die Befragten konnten auch hier aus vorgegebenen Möglichkeiten die zutreffen-

den Antworten auswählen. Es bestand zudem die Möglichkeit für Freitextantworten. Zuletzt erfolgten Fragen zu Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und Ausbildungsstand sowie zur Tätigkeit bei einem Hausarzt.

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Ergebnisse erfolgte mithilfe der Statistiksoftware SPSS in der Version 23.0. Anhand von deskriptiven Statistiken erfolgte die Darstellung der Teilnehmercharakteristika und der genannten Maßnahmen. Die Ergebnisse beider Gruppen wurden mittels Chi-Quadrat-Test vergleichend analysiert ($p < 0,05$). Hierbei sind multiple Tests zur Anwendung gekommen. Da es sich um eine explorative Datenanalyse handelt, sind bezüglich der multiplen Tests keine Korrekturen des Signifikanzniveaus erfolgt. Die Freitextantworten der teilstandardisierten Befragung wurden deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Gesamtteilnehmer

Insgesamt besuchten 168 Teilnehmer (80 Ärzte und 88 MFA) den TdA in Hannover.

Charakteristika der Ärzte

Von den 80 Ärzten haben insgesamt 64 (weiblich n = 32, Altersmedian 49 Jahre) den Fragebogen ausgefüllt. Darunter waren 40 Fachärzte für Allgemeinmedizin, 13 Fachärzte für Innere Medizin sowie ein Facharzt einer anderen Fachrichtung, ein Studierender im Praktischen Jahr und acht Ärzte in Weiterbildung. Zwei Drittel der Befragten gab an, eine eigene Praxis zu führen, und ein Drittel war angestellt in einer Praxis (Tab. 1).

Charakteristika der MFA

Von den 88 MFA haben insgesamt 60 (weiblich n = 58, Altersmedian 37 Jahre) den Fragebogen ausgefüllt. Darunter waren 53 gelernte MFA, eine Kranken- und Gesundheitspflegerin sowie vier Auszubildende (Tab 1).

Krankheitshäufigkeit und -schwere

Eine Übersicht über Anzahl, Zeitpunkt und Schwere der letzten Erkältungskrankheit getrennt nach Teilnehmergruppe gibt Tabelle 2. Hinsichtlich der Krankheitshäufigkeit und -schwere ergaben sich zwischen den beiden Teilnehmergruppen keine signifikanten Unterschiede.

Häufigkeit und Art der Symptome

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Häufigkeit und Art der Symptome. Im Median gaben sowohl die Ärzte als auch die MFA vier Symptome an (Interquartilsbereich (IQR) 3–5), die bei der letzten Erkältungskrankheit vorgelegen haben. Als häufigste Symptome wurden von den Ärzten Abgeschlagenheit (72 %), Halsschmerzen (67 %) und Schnupfen (66 %) genannt. Weniger als 50 % der Ärzte gaben Kopf- oder Gliederschmerzen sowie Fieber an. Bei den MFA hingegen war das vorherrschende Symptom Schnupfen (80 %), gefolgt von Halsschmerzen (73 %) und Husten (70 %). Signifikante Unterschiede bestanden zwischen beiden Gruppen nur beim

Symptom Husten (Ärzte 52 % vs. MFA 70 %; $p = 0,036$).

Nicht-medikamentöse Maßnahmen

Im Median wurden von den Ärzten zwei (IQR 1–3,75) und von den MFA drei nicht-medikamentöse Maßnahmen (IQR 1–4) genannt. Die häufigsten Maßnahmen waren in den Gruppen gleich und in absteigender Reihenfolge: erhöhte Trinkmenge (Ärzte 61 %; MFA 60 %), körperliche Schonung (Ärzte 61 %; MFA 50 %), Trinken von Kräutertees (Ärzte 33 %; MFA 35 %) und Dampfinhalation (Ärzte 28 %; MFA 35 %). Das Trinken von warmem Bier wurde von keinem der Teilnehmer angegeben. Auffällig war auch, dass bei den MFA signifikant häufiger eine Hühnersuppe (Arzt 11 % vs. MFA 25 %; $p = 0,041$) sowie ein Erkältungsbad (Arzt 9 % vs. MFA 33 %; $p = 0,001$) genannt wurden (Tab. 3).

Medikamentöse Maßnahmen

Sowohl von den Ärzten als auch von den MFA wurden im Median zwei (IQR 1–3) medikamentöse Maßnahmen erwähnt. Die häufigsten Maßnahmen waren bei den Ärzten die Nutzung abschwellender Nasentropfen/-sprays (44 %), die Einnahme von Ibuprofen (36 %) und Paracetamol (27 %). Die von den MFA benannten Maßnahmen waren die Einnahme von Ibuprofen (40 %), abschwellenden Nasentropfen/-sprays (27 %) und Paracetamol (23 %). Die Ärzte nahmen signifikant häufiger abschwellende Nasentropfen/-sprays als die MFA ($p = 0,047$). Dagegen wurde Acetylcystein (ACC) signifikant häufiger von den MFA eingenommen (MFA 22 % vs. Ärzte 3 %; $p = 0,002$). Weiterhin wurden von den Befragten mit mäßiger Häufigkeit Eukalyptusöl (Ärzte 17 %; MFA 12 %) und Thymiankraut (Ärzte 11 %; MFA 13 %) genannt.

Sechs ärztliche Teilnehmer (9 %) und zwölf MFA (20 %) gaben an, bei der letzten Erkältungskrankheit ein Antibiotikum eingenommen zu haben.

Medikamentöse Mischpräparate wurden insgesamt wenig eingesetzt (Tab. 3). Das am häufigsten genannte Mischpräparat war in beiden Gruppen Aspirin complex, wobei hier die MFA dies signifikant häufiger eingenommen haben (MFA 27 % vs. Ärzte 8 %; $p = 0,005$).

		Ärzte		MFA		p ^a
		n	%	n	%	
Nicht-medikamentöse Maßnahmen	erhöhte Trinkmenge	39	61	36	60	0,915
	körperliche Schonung	39	61	30	50	0,221
	Kräutertees	21	33	21	35	0,797
	Dampfinhalation	18	28	21	35	0,410
	Heiße Zitrone	11	17	17	28	0,138
	Hühnersuppe	7	11	15	25	0,041
	Erkältungsbad	6	9	20	33	0,001
	Wadenwickel	1	2	0	0	0,331
	warmes Bier	0	0	0	0	-
	keine	5	8	3	5	0,524
Medikamentöse Maßnahmen (Monopräparate)	abschwellende Nasentropfen/-sprays	28	44	16	27	0,047
	Ibuprofen	23	36	24	40	0,641
	Paracetamol	17	27	14	23	0,678
	Eukalyptusölpräparate	11	17	7	12	0,383
	Salzwasser-Nasentropfen/-spray	8	13	10	17	0,510
	Thymiankraut	7	11	8	13	0,683
	Antibiotikum	6	9	12	20	0,093
	Nasenspray mit Schlüsselblume	6	9	12	20	0,093
	Efeuextrakt	6	9	2	3	0,171
	ASS	6	9	1	2	0,063
	Dexpanthenol Nasentropfen/-sprays	3	5	4	7	0,633
	Ambroxol	3	5	1	2	0,341
	Codein	3	5	1	2	0,341
	Acetylcystein (ACC)	2	3	13	22	0,002
	Umckaloabo	2	3	3	5	0,596
	Echinacea-Präparate	2	3	0	0	0,167
	Cinnabaris D3	1	2	0	0	0,331
	Probiotika	1	2	0	0	0,331
	Dextromethorphan	0	0	1	2	0,300
	keine	5	8	6	10	0,669
Medikamentöse Maßnahmen (Mischpräparate)	Aspirin Complex®	5	8	16	27	0,005
	Wick DayMed®/ Wick MediNait®	3	5	4	7	0,633
	Grippostad C®	1	2	4	7	0,149

^a $\chi^2 p < 0,05$

Tabelle 3 Nicht-medikamentöse und medikamentöse Maßnahmen

Gründe für die Einnahme von Antibiotika

Als häufigster Grund für die Einnahme eines Antibiotikums wurde in beiden Gruppen das Vorliegen von Husten mit

gelbem/grünem Auswurf (Ärzte 36 %; MFA 55 %), gefolgt von einer Symptombdauer länger als fünf Tagen (Ärzte 31 %; MFA 27 %) genannt. Fieber wurde jeweils von elf Ärzten (17 %) und elf MFA (18 %), Halsschmerzen von drei

		Ärzte		MFA		p ^a
		n	%	n	%	
Vorgegebene Antworten	Fieber (Temperatur > 38,5°C)	11	17	11	18	0,867
	Husten mit gelbem/grünen Auswurf	23	36	33	55	0,033
	Symptombdauer > 5 Tage	20	31	16	27	0,574
	starke Halsschmerzen	3	5	7	12	0,154
Freitextantworten	Sonstige Gründe	31		3		
	- Kombination aus den oben genannten Antworten	10		0		
	- eitrige Tonsillitis	7		0		
	- Pneumonie	3		0		
	- erhöhter CRP-Wert	3		2		
	- Fieber über mehrere Tage	2		1		
	- Sinusitis	2		0		
	- bakterielle (Super-)Infektion	2		0		
	- schnell wieder fit sein	1		0		
- Fieber nach fieberfreiem Intervall	1		0			

^a χ^2 p < 0,05

Tabelle 4 Gründe für die Einnahme eines Antibiotikums

Ärzten (4,7 %) und sieben MFA (12 %) als Gründe genannt. In den Freitextantworten wurden ärztlicherseits weitere Gründe für die Einnahme eines Antibiotikums genannt, z.B. die Kombination von Fieber mit anderen Symptomen sowie der Verdacht auf das Vorliegen einer Pneumonie oder einer bakteriellen Tonsillitis. Von den MFA wurde außerdem ein erhöhter CRP-Wert angeführt (Tab. 4).

Diskussion

Nicht-medikamentöse Maßnahmen

Die von den Teilnehmern dieser Befragung am häufigsten genannten nicht-medikamentösen Maßnahmen decken sich mit denen in der DEGAM-Leitlinie Nr. 11 „Husten“ aufgeführten Empfehlungen [9]. In der teilstandardisierten Befragung haben die Teilnehmer am häufigsten angegeben, dass sie während einer Erkältungskrankheit u.a. die Trinkmenge erhöhen. In der Leitlinie wird empfohlen, auf eine „ausreichende Trinkmenge“ zu achten. Da genaue Angaben zur Trinkmenge fehlen, kann diese Empfehlung je nach Ausgangsniveau eine subjektive Erhöhung oder eine Beibehaltung

der bisherigen Trinkgewohnheiten bedeuten.

Medikamentöse Maßnahmen

Auch hier werden die am häufigsten genannten Maßnahmen ebenfalls in der DEGAM-Leitlinie Nr. 11 „Husten“ empfohlen [9]. Insbesondere die Einnahme der Analgetika Paracetamol und Ibuprofen wird zur symptomatischen Linderung von Kopf- und Gliederschmerzen empfohlen. Die Anwendung lokal abschwellender Mittel wird in der DEGAM-Leitlinie nur kurzzeitig (< 7 Tage) angeraten und in der Effektivität als moderat eingestuft [9].

Hinsichtlich der lokalen Anwendung isotoner Kochsalzlösungen in Form von Nasenspülungen/-sprays besteht kein ausreichender Hinweis für einen Benefit, obwohl nach klinischer Einschätzung der Autoren und nach Rückmeldung von Patienten mit Erkältungskrankheiten diese Maßnahme in der Praxis eine deutliche subjektive Beschwerdelinderung zu erzielen vermag. Mit mäßiger Häufigkeit wurden von beiden Teilnehmergruppen Eukalyptusöl und Thymiankraut genannt. Diese Phytotherapeutika werden insbesondere zur Linderung der Beschwerden bei Vorliegen von Husten empfohlen [9].

Einnahme von Antibiotika

Rund jeder 10. Arzt und jede 5. MFA haben angegeben, bei der letzten Erkältungskrankheit ein Antibiotikum eingenommen zu haben. Erkältungskrankheiten sind eine heterogene Gruppe von milden Infekten der oberen Atemwege, die in erster Linie viral bedingt sind [9–11]. Zudem sind Erkältungskrankheiten in der Regel von einem harmlosen und selbst-limitierenden Krankheitsverlauf gekennzeichnet, sodass daher die Einnahme von Antibiotika nicht empfohlen wird [3, 9, 12–14].

Als häufigster Grund für die Einnahme eines Antibiotikums wurde Husten mit gelbem/grünem Auswurf genannt. Ein Vergleich der Symptome der Teilnehmer zeigt zudem, dass die MFA signifikant häufiger das Vorliegen von Husten angegeben haben. Hier könnte ein Zusammenhang zwischen der Symptomlast und dem am häufigsten genannten Grund für die Einnahme eines Antibiotikums vorliegen. Allerdings liegt eine Diskrepanz zu nationalen und internationalen Studienergebnissen vor, in der die Sputumfarbe als Indikation für eine antibiotische Therapie nicht empfohlen wird [15–17].

Hinsichtlich der Einnahme eines Antibiotikums kann zudem die Geschlechterverteilung der beiden befragten Gruppen eine Rolle spielen. Unsere Ergebnisse zeigen, dass vornehmlich die Medizinischen Fachangestellten (in unserer Studie 97 % weiblich), ein Antibiotikum einnahmen. Internationale Studien zeigen zum Einfluss des Geschlechts auf die Selbstmedikation inklusive Antibiotika ein eher uneinheitliches Bild [18].

In den Freitextantworten zu den Gründen einer Antibiotikaeinnahme wurden von den MFA insbesondere erhöhte Entzündungsparameter genannt. In einer Cochrane-Übersichtsarbeit zeigen sich Hinweise aus insgesamt sechs eingeschlossenen Studien, dass durch die Bestimmung des CRP-Wertes die Verschreibung von Antibiotika bei Infekten der Atemwege reduziert werden kann [19]. Dies hatte jedoch keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf, die Krankheitsdauer, die Zufriedenheit der Patienten oder Zahl erneuter Arztbesuche [19].

Das Vorliegen mehrerer Faktoren (z.B. Fieber, Husten mit veränderter Sputumfarbe und Erkrankungsdauer länger als fünf Tage) war ärztlicherseits

Dr. med. Kambiz Afshar ...

... ist Arzt in Weiterbildung am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Er ist intensiv in die Ausbildung von Medizinstudenten eingebunden und beteiligt sich an der allgemeinmedizinischen Patientenversorgung auf dem Campus (Notaufnahme, Ambulanz).

ein weiterer Grund für die Einnahme eines Antibiotikums. Dies deckt sich mit internationalen Studienergebnissen zu Gründen für Verschreibungen von Antibiotika in der Primärversorgung [20]. Zudem gaben die Ärzte an, bei Verdacht auf das Vorliegen einer akuten bakteriellen Tonsillitis oder einer Pneumonie ein Antibiotikum zu erwägen. Hier wird bei entsprechender ausreichender klinischer und diagnostischer Wahrscheinlichkeit auch in Leitlinien eine antibiotische Therapie empfohlen [9].

Limitationen

Die hier veranlasste Befragung von insgesamt 124 Teilnehmern stellt keine repräsentative Stichprobe dar, für die allgemeingültige Aussagen getroffen werden können. Die Stichprobe ist jedoch von ausreichender Größe, um die beiden Teilnehmergruppen vergleichend zu analysieren.

Die Befragung ist zwar anonymisiert erfolgt, dennoch ist denkbar, dass sozial erwünschte Antworten gegeben wurden

und dass die Angaben bezüglich der Anwendung von nicht-medikamentösen sowie medikamentösen Maßnahmen und hier insbesondere der Einnahme von Antibiotika höher liegen können.

Die Befragung konnte zur Bewahrung der Teilnehmeranonymität keine Zusammenhänge zwischen den genannten Maßnahmen von Hausärzten und MFA, die aus derselben Praxis stammen, herstellen.

Schlussfolgerungen

Ärzte und MFA nutzen eine Vielzahl medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen zur Selbstbehandlung bei Erkältungskrankheiten, die zum großen Teil auch in der DEGAM-Leitlinie Nr. 11 „Husten“ empfohlen werden. Die Gründe für die Einnahme eines Antibiotikums sind jedoch diskrepant zu nationalen und internationalen Empfehlungen. Dabei sollte ein Antibiotikum zurückhaltend und nur nach sehr genauer Abwägung verschrieben bzw. einge-

nommen werden, um Kosten, Resistenzen und Nebenwirkungen so gering wie möglich zu halten.

Eine stärkere Evidenzorientierung wäre nicht nur bei der Versorgung der Patienten, sondern auch bei der Behandlung eigener Erkältungskrankheiten wünschenswert. Die Ergebnisse verdeutlichen aber auch, dass sich subjektive Behandlungserfahrungen und Krankheitsvorstellungen nicht immer mit wissenschaftlich-basierten Empfehlungen decken. (Haus-) Ärzte und MFA präferieren persönlich durchaus eigene Strategien, wenn sie selbst „Patienten“ sind – was bei aller sachlichen Kritik menschlich verständlich ist.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Danksagung: Wir bedanken uns herzlich bei allen Teilnehmern des Hannoveraner Tages der Allgemeinmedizin, die an dieser Befragung teilgenommen haben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Kambiz Afshar
Institut für Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Tel.: 0511 5322744
afshar.kambiz@mh-hannover.de

Literatur

- Fink W, Haidinger G. Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 2007; 83: 102–8
- Hsiao CJ, Cherry DK, Beatty PC, Rechtsteiner EA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2007 summary. *Natl Health Stat Report* 2010; 27: 1–32
- Simasek M, Blandino DA. Treatment of the common cold. *Am Fam Physician* 2007; 75: 515–20
- Parisius LM, Stock-Schröer B, Berger S, Hermann K, Joos S. Use of home remedies: a cross-sectional survey of patients in Germany. *BMC Fam Pract* 2014; 15: 116
- Weltermann BM, Gerasimovska-Kitanovska B, Thielmann A, et al. Self-care practices for common colds by primary care patients: study protocol of a european multicenter survey – the COCO study. *Evid Based Complement Alternat Med* 2015; 2015: 272189
- James H, Handu SS, Al Khaja KA, Ootom S, Sequeira RP. Evaluation of the knowledge, attitude and practice of self-medication among first-year medical students. *Med Princ Pract* 2006; 15: 270–5
- Alkhatatbeh MJ, Alefan Q, Alqudah MA. High prevalence of self-medication practices among medical and pharmacy students: a study from Jordan. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2016; 54: 390–398
- Patil SB, SH V, BV P, Santoshkumar J, Binjawadgi AS, Kanaki AR. Self-medication practice and perceptions among undergraduate medical students: a cross-sectional study. *J Clin Diagn Res* 2014; 8: HC20–3
- DEGAM Leitlinie Nr. 11: Husten. Langversion 02/2014. www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Langfassung_Leitlinie_Husten_20140323.pdf (letzter Zugriff am 06.06.2016)
- Mäkelä MJ, Puhakka T, Ruuskanen O, et al. Viruses and bacteria in the etiology of the common cold. *J Clin Microbiol* 1998; 36: 539–42
- Dicpinigaitis PV. Cough: an unmet clinical need. *Br J Pharmacol* 2011; 163: 116–124
- Montauk SL. Appropriate use of common OTC analgesics and cough and cold medications. Leawood, Kan.: American Academy of Family Physicians 2002. www.fda.gov/ohrms/dockets/dailys/

- 02/Aug02/082202/80022395.pdf (letzter Zugriff am 06.06.2016).
13. Arroll B, Kenealy T. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 3: CD000247
 14. Fahey T, Stocks N, Thomas T. Systematic review of the treatment of upper respiratory tract infection. *Arch Dis Child* 1998; 79: 225–30
 15. Altiner A, Wilm S, Däubener W, et al. Sputum colour for diagnosis of a bacterial infection in patients with acute cough. *Scand J Prim Health Care* 2009; 27: 70–3
 16. Butler CC, Kelly MJ, Hood K, et al. Antibiotic prescribing for discoloured sputum in acute cough/lower respiratory tract infection. *Eur Respir J* 2011; 38: 119–125
 17. Llor C, Moragas A, Bayona C, et al. Efficacy of anti-inflammatory or antibiotic treatment in patients with non-complicated acute bronchitis and discoloured sputum: randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2013; 347: f5762
 18. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, Gil de Miguel A. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2008; 17: 193–199
 19. Aabenhus R, Jensen JU, Jørgensen KJ, Hróbjartsson A, Bjerrum L. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in patients with acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 11: CD010130
 20. Brookes-Howell L, Hood K, Cooper L, et al. Clinical influences on antibiotic prescribing decisions for lower respiratory tract infection: a nine country qualitative study of variation in care. *BMJ Open* 2012; 2: e000795



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als laminierte, zweiseitige Tischkarte im A5-Format. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (www.degam-leitlinien.de) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:

Philipp Leson
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 133
10117 Berlin
Tel.: 030 209669800
Fax: 030 209669899
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de

Dr. med. Anne Barzel
DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 741059769
Fax: 040 741053681
E-Mail: leitlinien@degam.de