

## Literatur

1. Chenot JF. Facharztweiterbildung Primärversorgung in den USA. *Z Allg Med* 2004; 80: 124–128
2. Bindman AB, Majeed A. Primary Care in the United States: Organisation of primary care in the United States. *BMJ* 2003; 326: 631–634
3. The ACGME at a Glance. Accreditation Council for Graduate Medical Education, Chicago. ([http://www.acgme.org/acWebsite/newsRoom/newsRm\\_acGlance.asp](http://www.acgme.org/acWebsite/newsRoom/newsRm_acGlance.asp))
4. ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Family Medicine. Accreditation Council for Graduate Medical Education, Chicago ([http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC\\_progReq/120pr07012007.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/120pr07012007.pdf))
5. Bundesgesetzblatt. Jahrg. 2002 Teil I, Nr. 44 Bonn, 3. Juli 2002, Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002
6. Chenot JF et al. Seminar Didaktik und Lehre der Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2004; 80: 82–84
7. Nikendei C, Jünger J. OSCE-praktische Tipps zur Implementierung einer klinisch-praktischen Prüfung. *GMSZ Med Ausbild.* 2006; 23 (3): 47
8. Chenot JF, Erhardt M. Objective structured clinical examination (OSCE) in der medizinischen Ausbildung: Eine Alternative zur Klausur. *Z Allg Med* 2003; 79: 437–442
9. Schmidt M. Das Trauerspiel um die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin – persönliche Bestandsaufnahme aus der Sicht eines Weiterbildungsassistenten. *Z Allg Med* 2008; 84: 10–13
10. Kochen MM. Strukturelle Ansätze zur Lösung der Weiterbildungsprobleme im Fach Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2007; 83: 427–430
11. Korzilius H. Die große Landflucht – Hausärztemangel in Deutschland. *Dtsch Arztebl* 2009; 105 (8): A373–374
12. Kolloch R. Wie konkret ist der drohende Ärztemangel im deutschen Gesundheitswesen. *Med Klin* 2009; 104: 1–8
13. Engelmohr I. Landesweit einmaliges Pilotprojekt stärkt die hausärztliche Versorgung im Landkreis Altenkirchen. *Arztebl RLP*, 2008, 61 (10), 6–7
14. Hibbeler B, Korzilius H. Erkennen wo der Schuh drückt – Situation der Weiterbildung in Deutschland. *Dtsch Arztebl* 2009; 106 (6): A223–224
15. Korzilius H. Gefordert, aber nicht gefördert – Ärzte in der Weiterbildung. *Dtsch Arztebl* 2009; 106 (11): A487
16. Korzilius H. Wir wollen es genau wissen. *Dtsch Arztebl* 2009; 106 (22): A1101–1102

## KONGRESSE / CONGRESS

# Die Faszination der Komplexität – Umgang mit Individuen im Bereich von Ungewissheit

Bericht von der WONCA-Europe 2009 in Basel/Schweiz, 16.–19.9.2009

Die europäische Jahrestagung für Allgemein- und Familienmedizin war in diesem Jahr der Problematik der Komplexität gewidmet. Die traditionelle, naturwissenschaftlich ausgerichtete medizinische Wissenschaft wird dieser Problematik nur unzureichend gerecht. Studien, in denen (meist große) Gruppen von Patienten mit einer bestimmten Krankheit oder Störung untersucht werden, liefern Ergebnisse, die in unterschiedlichem Ausmaß nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf einen bestimmten Teil der Untersuchten zutreffen. In der Praxis ist in der Regel nicht vorhersehbar, ob der individuelle Patient, um den es geht, sich so verhalten wird, wie das statistisch signifikante Studienergebnis vorhersagt bzw. suggeriert. Aus diesem Grunde ist

unser Therapieerfolg eben nur wahrscheinlich, im besten Falle wahrscheinlicher, als wenn wir die Therapie nicht durchführen würden, und die von uns durchgeführte Diagnostik liefert mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zutreffende Resultate. Ein beträchtlicher Teil unserer Patienten wird die Therapie aber umsonst erhalten, und bei unseren diagnostischen Tests kommen falsch positive oder falsch negative Befunde heraus. Die Bezifferung der Erfolgswahrscheinlichkeit einer Therapie wird üblicherweise mit der sogenannten „Number needed to treat“ (NNT) beziffert: Wie viele Patienten müssen behandelt werden, damit einer von der Therapie profitiert? Wir alle wissen, dass diese NNT teilweise beträchtliche Höhen annimmt – als Bei-

spiele seien die Primärprävention der koronaren Herzkrankheit mit einem Statin bei einem 50-jährigen Patienten mit altersentsprechendem Gesamtrisiko und hohen Cholesterinwerten (NNT > 100) und die Sekundärprävention des Mammakarzinoms durch regelmäßiges Mammographiescreening bei einer 50-jährigen Frau (NNS [number needed to screen] > 1000) genannt.

Wie gehen wir mit diesem Problem in der täglichen Praxis um? Die Unvorhersagbarkeit des Therapieerfolgs stellt unser ärztliches Handeln täglich infrage. Offenbar gilt es, die Komplexität des Individuums in die Entscheidung mit einzubeziehen, doch konkrete Handlungsanweisungen gibt es hierfür meist nicht. Welche individuellen Faktoren

des Patienten sollen wie berücksichtigt werden? Welche Rolle spielen hier die ärztliche Intuition und die Heilkunst jenseits von evidenzbasierter Medizin und Studienergebnissen? „Complexity Science“ ist eine neue Ausrichtung der Forschung auf die komplexen Zusammenhänge in individuellen Patienten, um die Geschehnisse im Individualbereich besser vorhersagbar zu machen.

Dieser neuen wissenschaftlichen Fragestellung ging die WONCA-Tagung in Basel in 6 Keynote-Lectures und 24 Workshops nach, die sich wie ein roter Faden durch die Tagung zogen, und in denen u. a. wichtige Themen wie der kritische Umgang mit Evidenz aus Studien und systematischen Übersichtsarbeiten, der Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung für das Management von Komplexität, Forschungsansätze in der Verwertung von Registern, elektronischen Krankheitsdaten und Klassifizierungssystemen wie ICPC sowie der interdisziplinäre Behandlungsansatz bei chronisch Kranken angesprochen wurden.

In den Keynote-Präsentationen wurden auch so spannende Themen behandelt wie die Neurobiologie der Intuition (J. Bauer, Freiburg), die genetische Determination von Krankheiten (S. Antonarakis, Genf) und die Herausforderung für Patienten und Allgemeinärzte, mit den technischen und wissenschaftlichen Innovationen Schritt zu halten (R. Boutellier, Zürich).

Doch dem Hauptthema war letztendlich nur ein verhältnismäßig kleiner Anteil dieser großen Tagung gewidmet. Den über 4000 Besuchern bot sich ein breitgefächertes wissenschaftliches Programm aus 300 Kurzvorträgen und 66 weiteren Workshops. Daneben wurden noch wissenschaftliche Arbeiten in 555 Postern dargestellt.

Alles in allem eine „Mammut-Veranstaltung“ auf der man sich verlieren konnte, wodurch das zentrale, spannende und wichtige Thema etwas in den Hintergrund gedrängt wurde. Leider nahm auch die Industrieausstellung einen überaus breiten Raum in Anspruch. Auf mehr als 1000 m<sup>2</sup> konnte man sich ausführlich über die neuesten Angebote aus Pharmazie und Medizintechnik informieren.

Die Größe und das Gewicht der Industrieausstellung machen im Hinblick

auf das Kongressthema deutlich, dass neben traditioneller Studienevidenz und Erkenntnissen aus complexity science noch ein weiterer sehr wichtiger Faktor die komplexen Entscheidungen von Arzt und Patient beeinflusst, der in den Hauptveranstaltungen zum Kongressthema kaum zur Sprache kam: der gezielte Einsatz von Marketing-Strategien, um Produkte zu verkaufen – und wir alle wissen, dass die Vermarkter sich nicht scheuen, Einfluss auf Studienergebnisse und deren Interpretation zu nehmen. Wenn wir also Studienergebnisse nicht nur kritisch hinsichtlich möglicher Einflussnahme hinterfragen, sondern sie nun auch von Seiten der Komplexität her gänzlich relativieren, erwächst hieraus eine Gefahr: Dort wo Komplexität als undurchschaubare Entität regiert und durch Ungewissheit gekennzeichnet ist, könnte man zu dem Schluss kommen, dass die Art der Behandlung – wie in der guten alten Heilkunst – auf der intuitiv getroffenen Entscheidung des Arztes fußt. Ärzte, die in Ungewissheit und nach Intuition handeln, könnten aber leichte Opfer der Marketing-Strategen werden, deren Aussagen dann auch noch weniger überprüfbar sind als heute schon.

Wie gut, dass es da noch den Workshop von I. Heath aus London zum Thema „Disease Mongering“ gab: Mit trockenem britischen Humor wurden zunächst zahlreiche Beispiele aus dem zunehmenden Sortiment industrieerfundener Krankheiten präsentiert, deren Behandlungsnotwendigkeit nicht aus sich selbst heraus entstand, sondern gezielt auf ein Produkt zugeschnitten erschaffen wurde. Im zweiten Teil des Workshops erarbeiteten die Teilnehmer selbst „Krankheitsentwürfe“, die sich zur Vermarktung eines Produktes einsetzen ließen. Da entstand so manche psychische, somatische oder soziale Störung, deren Erkennen als krankhaft uns noch bevorsteht und deren dringende Behandlungsbedürftigkeit mit einem geeigneten Designerpräparat kaum zu verleugnen sein wird.

Vielleicht das wichtigste an dieser europäischen Tagung war jedoch der persönliche Austausch mit Allgemeinmedizinern und Wissenschaftlern aus ganz Europa, einmal natürlich in den zahlreichen Workshops mit Kurzvorträ-

gen über wissenschaftliche Projekte, zum anderen aber vor allem durch die Möglichkeit, am Rande des Kongresses den ein oder anderen Kontakt zu knüpfen oder zu vertiefen, und vielleicht sogar ein gemeinsames, länderübergreifendes Projekt zu initiieren oder fortzusetzen. Dies wurde gefördert durch Treffen der einzelnen WONCA-Europesektionen und –Organisationen, wie das European General Practice Research Network (EGPRN), die European Academy of Teachers in General Practice (EU-RACT), die Organisation der jungen Allgemeinmediziner (Working Group for Young and Future General Practitioners; Vasco da Gama-Movement) und die European Association for Quality in General Practice/Family Medicine (EQuiP). Insgesamt hatte man das Gefühl, dass in der europäischen Allgemeinmedizin Bewegung ist und dass der internationale Austausch floriert. Besonders für die junge allgemeinmedizinische Wissenschaft in der Schweiz hat die WONCA-Tagung wertvolle Impulse geliefert und internationale Kontakte ermöglicht. Sowohl Th. Rosemann (Zürich) als auch P. Tschudi (Basel) erhoffen sich durch die WONCA-Tagung Aufwind für eine neue, wissenschaftlich ausgerichtete Schweizer Hausarztmedizin.

Alles in allem also ein gelungener Kongress, und als einziger unerfüllter Wunsch bleibt die Hoffnung auf weniger Industriepräsenz. Wenn man bedenkt, dass die 4000 Besucher bei dem doch recht stattlichen Kongressbeitrag von 500 €/Person den Veranstaltern etwa 2 Millionen an Teilnehmerbeiträgen gebracht haben, so müsste sich dieser Kongress doch auch ohne Industriegelder bestreiten lassen.

Andreas Sönnichsen

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen  
Vorstand des Instituts für Allgemein-,  
Familien- und Präventivmedizin  
Paracelsus Medizinische Privatuniversität  
Strubergasse 21, A-5020 Salzburg  
Tel.: 0043 662 / 44 20 02 12 61  
Fax: 0043 662 / 44 20 02 12 09  
E-Mail: andreas.soennichsen@pmu.ac.at