

Kamps H, Harms D. Die medizinische Theorie passt auf zwei Bierdeckel – Skizzen einer hausärztlichen Semiotik. *Z Allg Med* 2010; 86: 140–43
 und Rüter G, Phönix aus der Blase – Vorschlag einer philosophischen Grundierung der Hausarztmedizin als Lebenskunstmedizin, *Z Allg Med* 2010; 86: 395–399

**Leserbrief von
Dr. med. Uwe Kurzke**

Die Veröffentlichungen von Kamps und Rüter sind für mich eine wahre Bereicherung und ein erneuter Denkanstoß, mich (und hoffentlich viele andere) wieder auf das aufmerksam zu machen, was die eigentliche Grundlage unseres täglichen Handelns ist.

Die Suche nach einer neuen (?) Theorie oder Grundlage für unser (allgemein-)ärztliches Handeln hat sicherlich eine Ursache in einem generellen Unbehagen, das zumindest viele, die schon länger beruflich tätig sind, in ihrer täglichen Praxis erspüren. Irgendwie scheint alles ein wenig aus der Ordnung geraten zu sein, die Grundlage, auf der wir uns bewegen, scheint weniger greifbar und erklärbar zu sein. Dies trifft nicht nur uns Hausärzte sondern sicherlich auch viele Kollegen aus den organ- bzw. funktionspezifischen Fachbereichen. In diesen Bereichen ist das Schwinden eines (über die rein fachlichen Grundlagen hinausgehenden) sicheren Fundaments weniger evident. Die Konzentration auf ein am Maschinenmenschen orientiertes Handeln und die zunehmende Herauslösung aus den allgemeinen Lebenszusammenhängen lässt viele spezialärztliche Kollegen diesen Mangel weniger deutlich wahrnehmen. Letztlich glaube ich aber, dass auch dort dieses Unbehagen spürbar ist, wenn auch seine Ursache in der Regel woanders gesucht wird (vgl. Bernard Lown, *Die Verlorene Kunst des Heilens*, Suhrkamp TB 2004). Die Orientierungslosigkeit scheint aber nicht nur auf die ärztliche Profession beschränkt, sie ist in den westlichen Gesellschaften ein grundlegendes Problem. Nach meiner Einschätzung liegen die gegenwärtigen Probleme aber nicht zu sehr im Mangel an (oder dem Verlust) einer Theorie des (allgemein-, bzw. haus-) ärztlichen Handelns. Wenn für Teilbereiche gesellschaftlichen Handelns die Grundlage verloren geht, dann muss sich in der Ge-

sellschaft bzw. den gesellschaftlichen Zusammenhängen grundsätzlich etwas verändert haben. Insbesondere muss etwas mit den Menschen und ihrem Verhältnis zur Gesellschaft geschehen sein.

Bereits 1974 beschrieb Richard Sennett die zunehmende Tendenz zu einem narzisstisch geprägten Individuum in den westlichen Gesellschaften (Richard Sennett, dt. Ausgabe: *Verfall und Ende des öffentlichen Lebens – Die Tyrannei der Intimität*, BVT 1983). Ein anhaltender Prozess, der sich über mehrere Jahrhunderte erstreckt und u. a. an die sich verändernden (kapitalistischen) Produktionsweisen gekoppelt ist. Die Betonung und Entwicklung des Individuums und seine zunehmende Abschottungen gegen die Außenwelt (das öffentliche Leben) führen zu einer Herauslösung aus gesellschaftlichen Zusammenhängen und damit auch zur Aufkündigung von Mitverantwortung. Eine Illustration der Folgen dieser Entwicklung bieten Richard Wilkinson und Kate Pickett in ihrem Buch *„The Spirit Level“* (Allen Lane, Penguin Group, 2009), auch wenn sie mit wenigen Ausnahmen (interessant: Japan) überwiegend Befunde aus westlichen Gesellschaften demonstrieren. Interessant wären hier Befunde aus anderen asiatischen Ländern.

Aus einem anderen Blickwinkel beschreibt Robert Pfaller (*Das schmutzige Heilige und die reine Vernunft – Symptome der Gegenwartskultur*, Fischer TB 2008) die Entwicklung des narzisstischen Individuums und die Auswirkungen, die diese Entwicklung letztlich auf das Individuum und die Gesellschaft hat.

Aus seiner täglichen Praxis beschreibt Michael Winterhoff (*Warum unsere Kinder Tyrannen werden oder – die Abschaffung der Kindheit*, Gütersloher Verlagshaus, 2008) die Veränderungen, die er im Umgang mit Kindern und Eltern in seiner 20-jährigen Tätigkeit als Kinder- und Jugendpsychiater erfahren hat. Veränderungen, die jeder von uns, der bereits längere Zeit als Hausarzt tätig

ist, wird bestätigen können. Auch wenn Winterhoff weniger die gesellschaftlichen Entwicklungen als Grundlage dieser Entwicklung sieht, sondern das „Steckenbleiben“ in der narzisstischen Phase der Kindheit als Ursache ansieht, lassen sich diese Befunde nahtlos in das Bild der gesellschaftlichen Entwicklung einpassen.

Wenn sich also auf der einen Seite grundsätzliche gesellschaftliche Veränderungen vollzogen haben und sich gleichzeitig die einzelnen Individuen in ihrer Einstellung zu sich selbst und zu der Gesellschaft, in der sie leben, verändert haben, resultiert daraus eine Beziehungslosigkeit, letztlich aber eine Beziehungsunfähigkeit.

Die von Rüter und Kamps vorgestellten Modelle setzen aber ein „In-Beziehung-Treten“ der Akteure in der ärztlichen Beziehung voraus. Wenn sowohl von Seiten der Gesellschaft als auch von den Fähigkeiten des einzelnen Individuums her (sowohl von Seiten des Patienten wie auch des Arztes) Beziehungsfähigkeit weniger vorhanden ist, kann ein letztlich auf der Beziehung beruhendes Modell nicht funktionieren. Unter diesem Blickwinkel ist die aktuelle Tendenz in der Medizin keine Fehlentwicklung sondern die konsequente Folge der veränderten gesellschaftlichen Grundlagen. Medizinische Versorgungszentren, IGeL-Leistungen, die zunehmende Reduktion der Wahrnehmung des Krankseins auf die reine Organ- oder Funktionsstörung tragen dieser Entwicklung Rechnung.

Man mag dies bedauern, ich vermute aber, dass es gesellschaftliche Entwicklungen sind, die nicht umkehrbar sind. Auf der Strecke bleibt letztlich jeder Einzelne, sowohl als Patient wie auch als Arzt, der sich jeweils zunehmend orientierungslos und verloren fühlt. Die deutliche Zunahme „psychosomatischer“ Störungen scheint dies zu belegen. Vermutlich eher ungewollt stützt der Begriff „Lebenskunstmedizin“ die narzisstischen Tendenzen, die letzt-

lich aber immer mit einem Defizit für das einzelne Individuum verknüpft sind (was Pfaller als „Beuteverzicht“ beschreibt).

Für mich ist es fraglich, ob es gegenwärtig überhaupt ohne Berücksichtigung der veränderten Grundlage eine Theorie zum hausärztlichen Handeln geben kann. Gerade mit Hinblick auf mein eigenes Tätigkeitsfeld empfinde ich dies als schmerzhaft, es wird in die-

ser Form nicht zu bewahren sein. Es kann sich nur durch Anpassung an die veränderten „Milieubedingungen“ halten bzw. weiter entwickeln. Ohne diese Anpassung (nach Maturana, Der Baum der Erkenntnis, Scherz, 1990), ist ein Fortbestand nicht möglich. Was wir brauchen, ist eine „Überlebenskunst-Medizin“.

Uwe Kurzke

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Uwe Kurzke
Niedergelassener Arzt für
Allgemeinmedizin
Uthlandestraße 7
25849 Pellworm
E-Mail: praxis@akkupellworm.de

Hua TD et al. Orale Antikoagulation in der Hausarztpraxis Z Allg Med 2010; 86: 382–389

Leserbrief von Dr. med. Armin Mainz

Bitte überprüfen Sie die Aussage, dass bei Eingriffen mit niedrigem Blutungsrisiko und einem hohen Thromboembolierisiko die orale Antikoagulation reduziert und niedrigdosiert heparinisiert werden soll. Für diese Behauptung wird als Quelle die „Hausärztliche Leitlinie Antikoagulation“ der Leitliniengruppe Hessen angegeben. Die dortige Empfehlung besitzt allerdings nur die Empfehlungsstärke C (Evidenzgrad 4), ohne dass ersichtlich wäre, wer dies mit welchen Argumenten empfiehlt. Das in diesem Zusammenhang dort angegebene Cochrane-Review dient nicht zur Beantwortung dieser Frage, da es sich einer ganz anderen Fragestellung widmet.

Armin Mainz

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Armin Mainz
Am Berndorfer Tor 5
34497 Korbach
dr.mainz@docduo.de

Antwort von Dr. med. Thanh Duc Hua

Unser Fortbildungsartikel ist ein narrativer Review und keine Leitlinie mit einer systematischen Angabe der Evidenzstärke für die Kernaussagen. Randomisierte Studien zum Thema perioperatives Management liegen leider nicht vor. Darauf wird in der hessischen Hausärztlichen Leitlinie „Antikoagulation mit Vit.-K-Antagonisten“ hingewiesen. Die Angabe einer besseren Quelle ist uns nicht möglich. Publikationen von Expertenkreisen stammen insbesondere aus dem angloamerikanischen Raum, in dem v. a. Warfarin verabreicht wird, das im Vergleich zu Phenprocoumon eine viel kürzere Halbwertszeit hat. Amerikanische Leitlinien, wie z. B. die ACCP-Guidelines können daher nicht einfach so übertragen werden. Die angegebenen Empfehlungen der Hessischen Hausärztlichen Leitlinie zum praktischen Vorgehen sind dem Arznei-Telegramm 9 / 2004 entnommen worden. Dies sind Empfehlungen von Experten und daher mit Evidenzgrad 4 gewichtet.

Eine Reduktion der oralen Antikoagulation sowie die gleichzeitige

niedrigdosierte Heparinisierung bei Eingriffen mit niedrigem Blutungsrisiko und einem hohen Thromboembolierisiko werden von der hessischen Hausärztlichen Leitlinie so nicht empfohlen.

Bei Eingriffen mit niedrigem Blutungsrisiko werden zwei mögliche Vorgehensweisen empfohlen: Entweder keine Unterbrechung (vor allem bei Zahnextraktion vertretbar) oder eine Dosisreduktion der oralen Antikoagulation. Bei bestehendem hohem Thromboembolierisiko wird eine niedrigdosierte Heparinisierung bis zum Wiedererreichen der angestrebten INR-Werte erst nach dem Eingriff empfohlen.

Thanh Duc Hua

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Thanh Duc Hua
Abteilung Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldt-Allee 38
37073 Göttingen
E-Mail:
thanhduc.hua@med.uni-goettingen.de

Ständig aktualisierte Veranstaltungstermine von den „Tagen der Allgemeinmedizin“
finden Sie unter www.tag-der-allgemeinmedizin.de.