

Bernau R, Biesewig-Siebenmorgen J, Egidi G, Schmiemann G. Ein 5-Jahres-Curriculum für die allgemeinmedizinische Fortbildung – Version 2010. Z Allg Med 2011; 4: 170–173

Leserbrief von Dr. med. Christoph von Zezschwitz

Ich wundere mich immer wieder, dass auch von akademischer Seite das Genuine der Allgemeinmedizin so wenig herausgestellt wird. Wir sind ja eben keine „kleinen“ Diabetologen oder Orthopäden, sondern wir versuchen, den Patienten in seiner Gesamtheit mit der eigenen Lebensgeschichte, seinem familiären-, sozial- und beruflichen Umfeld zu sehen und dann das für ihn Beste auszusuchen. Ein zentraler Punkt dabei ist, ihn vor überflüssiger oder schädigender Medizin freizuhalten. Professor Abholz sagte richtig: „Ein guter Arzt ist, der seine Patienten mit möglichst wenig Medizin belastet.“

Antwort von Dr. med. Günther Egidi

Der Kollege Zezschwitz mahnt zu Recht einen zentralen Stellenwert dessen an, was Allgemeinmedizin eigentlich ausmacht. Und er fordert ebenfalls zu Recht die Repräsentanz der Quartär-Prävention – des Schutzes vor Überdiagnostik und Übertherapie. Es sei aber darauf hingewiesen, dass im von uns entwickelten Curriculum dem Thema „Hausärztliche Arbeitsweise“ ein zentraler Stellenwert eingeräumt wurde. Und Multimorbidität ist ein eigenes Fortbildungs-Thema.

Deswegen meine ich, dass in einem Weiterbildungscurriculum Themen vorkommen müssten wie

- Wissenschaftsbegriffe in der Allgemeinmedizin (Ja, den gibt es!)
- Hermeneutisches Fallverstehen
- Wie gehe ich mit einem Entlassbrief um?
- Multimorbidität (Das ist keine Frage der Praxisorganisation!)
- Praxisübernahme
- Umgang mit Arbeitsunfähigkeit und Rente
- Einführung in die evidence based medicine
- Die wirtschaftliche Situation und Perspektive für Haus- und Fachärzte

Dies wäre ein bunter Strauß – sicherlich nicht vollständig – an Themen, deren

Prinzipiell fragt es sich natürlich, ob die von Zezschwitz völlig zu Recht benannten Themen jeweils in eigenen Veranstaltungen besprochen oder jeweils als eine Art Querschnittsaufgabe in allen Veranstaltungen bearbeitet werden sollten.

So heißt es unter dem Punkt „Themenübergreifende Aufgaben“ beispielsweise: „Besteht im Zusammenhang mit dem Thema Chronifizierungsgefahr, und wie kann ihr entgegen gearbeitet werden?“ Und auch das Arbeiten mit den Prinzipien evidenzbasierter Medizin soll sich durch alle Einzelthemen ziehen.

Einige Anregungen wie das Herausarbeiten eines allgemeinmedizinischen

Evidenz, glaube ich, unbestritten ist. Selbstverständlich werden grundlegende Kenntnisse und Fähigkeiten bezüglich akuter und chronischer Erkrankungen nicht infrage gestellt, aber für die tägliche Praxis wie auch für die Stärkung des Selbstbewusstseins des zukünftigen Allgemeinmediziners halte ich die oben angegebenen Themen für wichtig.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christoph von Zezschwitz
Facharzt für Allgemeinmedizin
Lehrender Vertragsarzt der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
psychosomatische Grundversorgung
Paulusstraße 18
52134 Herzogenrath-Kohlscheid

Wissenschaftsbegriffes, ökonomische Aspekte der Hausarzt-Praxis sowie den Umgang mit Krankenhaus-Entlassungsbriefen nehmen wir sehr gerne in eine Liste für die geplante Überarbeitung des Curriculums mit auf.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Günther Egidi
Arzt für Allgemeinmedizin
Huchtinger Heerstraße 41
28259 Bremen
Tel.: 0421 5797675
E-Mail: familie-egidi@nord-com.net

Abholz H-H. Hören wir zunehmend auf, den Kranken zu verstehen? (Editorial). Z Allg Med 2011; 4: 145

Leserbrief von Prof. Dr. med. Jean-François Chenot

Professor Abholz sät in seinem Editorial Zweifel am Sinn von Leitlinien und daraus abgeleiteten Qualitätsindikatoren. Seine provozierende Frage lautet, ob nicht die „Abweichler von Leitlinien“ bessere Hausärzte seien als diejenigen, die Leitlinien „exekutieren“ (sic). Und

mit besser meint er Hausärzte, die das Anliegen ihrer Patienten und deren eigentliches Leid verstehen. Leitlinien und Qualitätsindikatoren verabsolutieren dagegen Studienwissen und fördern ein mechanistisches Modell vom Menschen. Diese starke These versucht er am Beispiel von Rückenschmerzen zu exemplifizieren.

In der Tat sind die Therapieoptionen bei Rückenschmerzen nicht besonders effektiv [1]. Die Vielzahl von Therapieoptionen ist ein starker Hinweis darauf, dass nichts so richtig durchschlagend hilft [2]. Dies und die Tatsache, dass psychosoziale Faktoren bei diesem zunächst somatisch anmutenden Krankheitsbild eine entscheidende Rolle spielen, sind jedoch gerade Argumente für evidenzba-

sierte Leitlinien. Deren Ziel ist, Ärzten und Patienten bei der Auswahl nachweislich sicherer und effektiver Maßnahmen zu helfen und für den Patienten gefährliche oder für die Gesellschaft teure Maßnahmen zu vermeiden [3].

Selbstverständlich ist es auch Aufgabe eines guten Arztes, das Patientenanliegen zu verstehen und in der hausärztlichen Entscheidung mit zu berücksichtigen. Das kann doch aber nicht heißen – und genau das impliziert Harald Abholz' Argumentation –, dem Anliegen eines Patienten mit akutem Rückenschmerz nach langer Krankschreibung, nach i.m.-Injektionen oder gar bildgebender Diagnostik willfährig entgegenzukommen. Etwas allgemeiner stellt sich hier die Frage, was ein guter Arzt seinen Patienten schuldet: eine faire Beratung und Behandlung einschließlich der Möglichkeit, weitere, in ihrem Nutzen nicht belegte Maßnahmen abzulehnen oder irgendetwas zu tun. Harald Abholz propagiert offensichtlich die letzte Variante, umschrieben mit dem in diesem Kontext zweifelhaften Begriff „Zuwendung“, damit der Patient zufrieden sei. Hier soll nicht dem diagnostischen oder therapeutischen Nihilismus das Wort geredet werden, aber gerade bei Rückenschmerzen fügen die „Abweicher“ durch solcherart Zuwendung Pa-

Antwort von Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz

In meinem Editorial habe ich versucht darzustellen, dass nach jahrelangem Arbeiten auf Basis von überwiegend nur guter Meinung/Erfahrung des handelnden Arztes nun die Periode begonnen hat, in der man überwiegend nur noch nach „Kochbuch“ zu handeln beginnt – eine Befürchtung seit Beginn der Leitlinienentwicklung. Für viele Themen ist das letztere Vorgehen sicherlich adäquat (z.B. bei Risikofaktoren-Behandlung). Bei anderen Themen aber erscheint mir dies nicht der Fall zu sein, nämlich dann, wenn die Studienevidenz erstens schwach ist und zweitens auch nicht auf den Kern des eigentlichen Problems ein-

tienten und Gesellschaft großen Schaden zu (failed back surgery, somatische Fixierung, iatrogene Schäden durch Injektionstherapien, Opiatsucht usw.).

Leitlinien und Qualitätsindikatoren sind sicher kein alleiniger Garant ärztlicher Qualität – und sicher lassen sich nicht alle ärztliche Aufgaben und Anforderungen durch Leitlinien definieren und durch Indikatoren in ihrer Qualität messen. Die Behauptung aber, dass Leitlinien und Qualitätsindikatoren einem mechanistischen Menschenbild folgen, fördert eine anti-wissenschaftliche Attitüde, die sich der unverzichtbaren Analyse ärztlicher Tätigkeit, einschließlich einer oftmals erforderlichen standardisierten Messung und Bewertung verweigert. Wer Leitlinien und Qualitätsindikatoren ablehnt, sollte alternative Vorschläge machen, wie wir ärztliche Leistung und Qualität demonstrieren sollen, um damit den Anspruch auf noch mehr Ressourcen oder ihre Umverteilung zu rechtfertigen. Auch wenn es Harald Abholz fernliegt: Sein Editorial ist eine Einladung an die MRT-Weltmeisternation, bei definitiv begrenzten Ressourcen noch mehr Fotos bedeutungsloser degenerativer Veränderungen zu schießen, noch mehr Injektionsserien zu veranlassen etc. und damit Ressourcen zu verbrauchen, die dann notwendi-

geht, z.B. wenn der Schmerz ein Symptom von etwas anderem als einer „gepressten Bandscheibe“ ist. Der Rückenschmerz diene hier als Beispiel.

Missverständlich muss ich mich offensichtlich ausgedrückt haben, wenn Herr Prof. Chenot meint, dass ich erstens grundsätzlich gegen Leitlinien sei und zweitens dafür sei, „willfährig irgendetwas zu tun“. Vielmehr ging es mir darum, in der Kürze eines Editorials anklagen zu lassen, dass das Verstehen eines Patienten manchmal auch dazu führen muss, ihn in seinem Leid – zumindest für einige Zeit – zu belassen (z.B. durch AU-Schreibung oder gar eine i.m.-Injektion). Die „ärztliche Kunst“ finge hier an, zu sehen, wer diesen Weg braucht, wie lange er ihn braucht, wann

gerweise in anderen Bereichen fehlen, z.B. für Zuwendung in Form von Zuhören und Gespräch.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Jean-François Chenot, MPH
Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
E-Mail: jchenot@gwdg.de

Literatur

1. Artus M, van der Windt DA, Jordan KP, Hay EM et al. Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology* 2010; 49: 2346–56
2. Haldeman S, Dagenais S. A supermarket approach to the evidence-informed management of chronic low back pain. *Spine J* 2008; 8: 1–7
3. Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen
http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz/pdf/nvl_kreuzschmerz_lang.pdf

man mit ihm die Wegesrichtung und wie dann wechseln kann. Eingangs hätte man herauszufinden, ob er überhaupt einen solchen abweichenden Weg von der Leitlinie benötigt – oder ob man der Leitlinie sofort folgen kann – eine relativ leichte Sache im Vergleich zum vorgenannten Vorgehen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Abteilung für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum der
Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de