

Kostner S. Finasterid bei der Benignen Prostata Hypertrophie (BPH)/ Lokale Antimykotika bei Onychomykose. Z Allg Med 2011; 87: 390–392/398–399

Leserbrief von Dr. med. Bernhard Lache

Zu den beiden Artikeln von Herrn Kostner über „Finasterid“ sowie die „Therapie der Onychomykose“ möchte ich kritisch anmerken, dass unerwünschte Wirkungen bzw. Risiken der Pharmakotherapie gar nicht bzw. nur unspezifisch („perorale Langzeitbehandlungen

(mit Antimykotika) ... mit deutlich mehr Risiken verbunden“) erwähnt werden. Um eine Pharmakotherapie beurteilen zu können, müssen die Risiken jedoch zwingend bekannt sein (die Information darüber ist ja auch in allen unabhängigen Pharma-Bulletins so üblich). Die Darstellungen von Hr. Kostner sind hier bei sonst guter Darstellung defizitär.

Antwort von Simon Kostner

Jede Therapie hat Risiken und jede Pharmakotherapie unerwünschte Wirkungen, da hat Dr. Lache vollkommen recht. Bei den Fragen im EbM-Service haben wir uns zum Ziel gesetzt, eine präzise Frage zu beantworten. Die Antwort auf die Frage, ob „Finasterid die Notwendigkeit operativer Eingriffe auf die Prostata vermindert“, beschränkt sich auf die Ergebnisse zu dieser spezifischen Fragestellung. Eine komplette Abhandlung zu Nutzen und Risiken des Medikaments Finasterid würde den Rahmen der Zielsetzung sprengen, und wir gehen da-

von aus, dass der verschreibende Arzt um die unerwünschten Wirkungen und Risiken der Therapie weiß. Bei der Frage, ob „lokale Antimykotika bei der Onychomykose wirksam sind“, wird auf die besonderen Nebenwirkungen und Risiken einer systemischen Antimykotika-Therapie eigens hingewiesen, obwohl die systemische Therapie nicht Gegenstand der Fragestellung ist. Eine systematische Übersichtsarbeit zur Onychomykose, zu deren Behandlungen und daraus folgenden Nutzen, Wirksamkeit, unerwünschten Wirkungen und Risiken, trauen wir uns im Rahmen des EbM-Services weder zu, noch möchten

Korrespondenzadresse
Dr. med. Bernhard Lache Buntentorsteinweg 42 28201 Bremen E-Mail: bernhard.lache@gmx.de

wir den Lesern die Länge der Abhandlungen zumuten. In den Leitlinien der Quellenangabe – denn wir stützen uns vorrangig auf Leitlinienempfehlungen, und nur wenn diese fehlen, suchen wir in der Sekundär- oder Primärliteratur – kann der interessierte Leser sämtliche Aspekte zum Thema vertiefen.

Korrespondenzadresse
Dr. med. Simon Kostner Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin Wangergasse 18, I-39100 Bozen E-Mail: simon.kostner@tin.it

Petzold, TD. Systemische und dynamische Aspekte von Ganzheit in einer Theorie der Allgemeinmedizin. Z Allg Med 2011; 87: 407–413 Donner-Banzhoff N. Kommentar zu Petzold. Z Allg Med 2011; 87: 414

Leserbrief von Harald Kamps

Ganzheitliche Allgemeinmedizin?
Fängt die Diskussion endlich an?

Merkwürdig – da veröffentlicht die ZFA eine kreative Originalarbeit zur „Ganzheit in einer Theorie der Allgemeinmedizin“, so hängt gleich ein vernichtender Kommentar hinten dran – dafür haben die Herausgeber doch eigentlich ihr Editorial? Norbert Donner-Banzhoff benutzt dazu noch einen Trick: Er unterstellt dem Autor, die „Grand Theory of Everything“ zu propagieren, um dann diesen Anspruch als vermessen und un-

nötig zu entlarven. Nur – das will Theo Petzold doch gar nicht.

Petzold greift freudig das Angebot von Harald Abholz auf, doch die Diskussion zur Theorie der Allgemeinmedizin fortzuführen, wo sie schon so lebhaft auf dem Nebengleis der Naturheilkunde angefangen hatte. Und es gibt sicherlich kaum eine Broschüre von Homöopathen, Akupunkteuren, Osteopathen, die nicht darauf hinweisen, dass sie ganzheitlich denken und handeln. Was ist nun diese „Ganzheit“ in der Allgemeinmedizin – fragt sich Theo Petzold und verweist auf die Systemtheorie, ergänzt diese mit seinem Konzept der Resonanz

und er erweitert die Systemebenen durch seinen Begriff der Daseinsdimensionen. Er macht Anleihen bei der Komplexitäts- und Chaostheorie, bringt den Begriff der Kohärenz ins Spiel und wir haben einen Regulationskreis aus Wahrnehmen – Handeln – Bilanzieren um die persönlichen Attraktoren herum. Dies ist eine moderne Variante des Situationskreises, wie er in der „alten“ Theorie der Humanmedizin [1] eingeführt wurde. Antonovskys Kohärenzgefühl passt gut in dieses Konzept und für mich ist der Begriff der Resonanz stimmig und steht im passenden Kontrast zur modernen Medizin, die alles gerne bebildern

und zählen will, um damit „handfeste“ Wissenschaft zu betreiben. Resonanz kann sich dann einstellen, wenn zwischen zwei Lebewesen – zum Beispiel Arzt und Patient – ein gemeinsamer Raum zum Erleben von Gefühlen geschaffen wird. Dieser Raum ist erst mal nicht sprachlich geformt – für mich ist es der Raum des ganzheitlichen Erlebens. Es ist eine sehr zerbrechliche Situation. Es ist eine Situation des vorsichtigen Annäherns und Abwendens – wie viel Nähe ist möglich, wie viel Abstand ist nötig? Es ist leibliche Kommunikation. Professionelle, unmittelbare Kommunikation, die für viele der internationalen akademischen Forscher spannende Forschungsfragen enthält [2–4] – warum reduziert Donner-Banzhoff dies zu Fragen der „gesundheitspolitischen Aktion und ethischen Überlegungen?“ Warum ignoriert die akademische Allgemeinmedizin den philosophischen Diskurs zur leiblichen Kommunikation [5, 6]?

Hier bleiben mir auch bei Petzold Fragen: Ist es immer eine direkte, implizite Kommunikation, wenn der Arzt den Patienten berührt? Ist nicht die gezielte Gelenkuntersuchung, die Berührung des gerade von einem Fortbildungskurs heimgekehrten Manualtherapeuten auch eine Berührung, die das ganzheitliche, implizite Erleben zerstört? Weil sie nach Ursachen und Erklärungen sucht und damit nicht mehr auf Resonanz aus ist, um das einverlebte Leben des Patienten zu erspüren.

In den akademischen Festreden und sogar in manchen Forschungsarbeiten wird die Salutogenese bemüht – ich wage zu behaupten, dass sich wenige die

Mühe machen, nach den persönlichen Attraktoren der beforschten Menschen zu fragen – zu viel Buntheit zerstört das herrschende Forschungsparadigma: Alle Menschen sind gleich, wir akzeptieren auf jeden Fall nur so viel Ungleichheit, dass wir sie mit Zahlen und einigen überschaubaren Kategorien im Griff haben. Meine These ist aber: In der Allgemeinmedizin sind alle Menschen verschieden, ich bekomme nur Zugang zu ihrer „gesunden Selbstregulation“, wenn ich mich auf die Suche mache nach der gemeinsamen Resonanz. Nur wenn diese tragfähig genug ist, lässt sich der Patient begleiten auf einer Suche nach krank- und gesundmachenden

Faktoren. Ein Fragebogen zum „sense of coherence“ taugt hier nix.

Es gab ein paar Versuche, zu einer Diskussion anzuregen, die der ganzen Komplexität und Widersprüchlichkeit unserer Patienten auch entsprechende Gedanken an die Seite stellt [7–10]: mit kaum spürbarer Resonanz. Der Beitrag von Theo Petzold verdient noch mal gelesen und kommentiert zu werden.

Korrespondenzadresse

Harald Kamps
Möllendorffstraße 45
10367 Berlin
E-Mail: info@praxis-kamps.de

Literatur

1. Uexküll Tv, Wesiack W. Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1998
2. Gannik DE. [Situational perspective of disease. A social theory of disease based on a study of back trouble]. Ugeskrift for laeger. 2002;164: 5230–4. Epub 2002/11/28. Situationelt perspektiv pa sygdom. En social sygdomsteori baseret pa en undersogelse af ryglidelse.
3. Anden A, Andersson SO, Rudebeck CE. Concepts underlying outcome measures in studies of consultations in general practice. Scand J Prim Health Care. 2006; 24: 218–23. Epub 2006/11/23.
4. Nielsen AB, Gannik D, Siersma V, Olivarius Nde F. The relationship between HbA1c level, symptoms and self-rated health in type 2 diabetic patients. Scand J Prim Health Care. 2011; 29:157–64. Epub 2011/06/29.
5. Schmitz H. Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapie. 3. erweiterte Auflage ed. Bielefeld: Aisthesis Verlag; 2008
6. Schmitz H. Der Leib, der Raum und die Gefühle. 2. Auflage ed. Bielefeld und Basel: Aisthesis Verlag; 2009.
7. Kamps H. Der Patient als Text – Metaphern in der Medizin. Skizzen einer dialogbasierten Medizin. Z Allg Med 2004; 80: 438–42
8. Kamps H, Harms D. Die medizinische Theorie passt auf zwei Bierdeckel. Z Allg Med 2010; 86: 140–3
9. Kamps H, Harms D. Komplexe Hausarztmedizin. Z Allg Med 2011; 87: 361–5
10. Rüter G. Phönix aus der Blase. Vorschlag einer philosophischen Grundierung der Hausarztmedizin als Lebenskunstmedizin. Z Allg Med 2010; 86: 395–9

Leserbrief von Gernot Rüter

Als sehr ungewöhnlich habe ich empfunden, dass unmittelbar im Anschluss an einen wissenschaftlichen Artikel ein Kommentar abgedruckt wird, der den Artikel in seiner Intention vernichtet („Grenze zur Tautologie oder gar Banalität“, „Grand Theory of Everything“, „Eine einheitliche, allumfassende Theorie ...ist nicht zu erwarten und vielleicht nicht einmal wünschenswert.“).

Ich empfinde das als einen extrem schlechten Stil. Ich hatte mich schon im

Listserver geäußert, wo mir entgegengehalten wurde, es handle sich um Rede und Gegenrede. Ich kann nicht erkennen, wo Theo Petzold die Gelegenheit gehabt hätte zu einer eigenen Replik oder einer Verteidigung seines Aufsatzes.

Die Konzentration auf die von Donner-Banzhoff geforderte Forschungsfrage und ein konkretes Vorgehen während der vergangenen 20 Jahre ging mit einem erheblichen Niedergang der Allgemeinmedizin einher, gemessen am Nachwuchs, der sich für die praktische Ausübung des Faches entscheidet. Ich

spreche hier eine Korrelation, keine Kausalität an.

Das reine Studium von Interventionen am Modell der „trivialen Maschine“ (Heinz v. Foerster) oder die noch weiter entsubjektivierte Betrachtungsweise von Interventionen an einer großen Menge randomisierter Probanden erlaubt nur EINE mögliche Betrachtungsweise, in der der Forscher unbeteiligter Beobachter zu sein scheint.

Der praktisch mit lebenden Menschen arbeitende Arzt ist aber nie nur Beobachter, sondern immer auch Teilnehmer der Lebenswelt seiner Patienten.

ten. Thomas Fuchs (Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Kohlhammer 2010, 3. Auflage) schlägt für die unterschiedliche Haltung als Beobachter und Teilnehmer den Begriff „Doppelaspekt“ vor.

Petzold versucht Regeln, Gesetzmäßigkeiten und Zielvorstellungen zu formulieren, wie der tätige Arzt seinem Patienten in dieser Welt von Lebewesen zur Seite stehen kann und ihm bei krankmachenden Schwierigkeiten den Blick auf gesundende (Aus)wege öffnen kann. Anders als Donner-Banzhoff be-

hauptet, führt Petzold unter Berufung auf Grossarth-Maticek auch Beobachtungs- und Interventionsstudien für sein Konzept an. Er hätte sich z. B. auch auf die Adult Development Study der Harvard University berufen können.

Die Stimmigkeit und argumentative Schlüssigkeit mit der Petzold der Aufforderung ‚Abholz‘ und Soennichsens nachkommt, eine Theorie der Allgemeinmedizin zu versuchen, verdient Respekt und Anerkennung. Man sollte seine Forschungsvorschläge aufgreifen

und, durchaus mit Donner-Banzhoff-scher Methodik, umsetzen, statt sie zu entwerten.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Gernot Rüter
 Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie, Palliativmedizin
 Akadem. Lehrpraxis der Univ. Tübingen
 Blumenstraße 11, 71726 Benningen
 Tel.: 07144 / 14233
 E-Mail: rueter@telemed.de

Antwort der Herausgeber der ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin

Dr. Gernot Rüter empfindet es als

- „sehr ungewöhnlich, dass unmittelbar im Anschluss an einen wissenschaftlichen Artikel ein Kommentar abgedruckt wird, der den Artikel in seiner Intention vernichtet“ und
- „als einen extrem schlechten Stil. Ich hatte mich schon im Listserver geäußert, wo mir entgegengehalten wurde, es handele sich um Rede und Gegenrede. Ich kann nicht erkennen, wo Theo Petzold die Gelegenheit gehabt hätte zu einer eigenen Replik oder einer Verteidigung seines Aufsatzes“.

Die Meinungen von Gernot Rüter und Harald Kamps zu den *Inhalten* von Artikel und Begleitkommentar sind selbstverständlich unbenommen und es steht den Herausgebern daher auch nicht zu, diese zu bewerten. Im Gegenteil: Nach den Traditionen der Zeitschrift für All-

gemeinmedizin drucken wir praktisch jeden Leserbrief, so auch die vorliegenden, ungekürzt ab.

Allerdings weisen wir den Vorwurf zurück, die Kommentierung eines Artikels sei ungewöhnlich bzw. schlechter Stil und der Artikelautor habe keine Gelegenheit gehabt, seinen Aufsatz zu verteidigen.

Ein Blick in medizinische Zeitschriften aller Herren Länder (z.B. *British Medical Journal*, *Lancet* oder *New England Journal of Medicine*) zeigt, dass Begleitkommentare oder auch -editorials ein beliebtes und von vielen Lesern geschätztes Instrument darstellen, einen Text – positiv oder negativ – zu interpretieren. In aller Regel erhalten die Autoren der kommentierten Texte *vor dem Abdruck* weder eine Information über diese „Begleitung“ noch die Gelegenheit, sich dazu zu äußern. Der Grund liegt auf der Hand: Es kann nicht im Sinne der Leser (und der Qualität der betroffenen Zeitschrift) sein, dass durch eine vorausgehende

Auseinandersetzung oder auch „Abstimmung“ Artikel und Begleitkommentare möglicherweise verändert werden.

Der Autor eines kommentierten Artikels hat aber selbstverständlich *nach Erscheinen* seines Textes die Möglichkeit, in einem Leserbrief Stellung zu beziehen.

Die Herausgeber der ZFA würden das Instrument eines Begleitkommentars gerne sehr viel häufiger nutzen als bislang. Leider ist es ziemlich schwierig, Autoren für diese – wie man an den Äußerungen von Herrn Rüter sieht – nicht ganz einfache Aufgabe zu gewinnen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen,
 MPH, FRCP
 für die ZFA-Herausgeber
 Ludwigstraße 37
 79104 Freiburg
 E-Mail: mkochen@gwdg.de