

meinschaftspraxen gilt. Dass in der Lehre und Forschung weiterhin die etablierte Kooperation mit Lehrpraxen erforderlich sein wird, ist unbestritten.

Sie haben Ihre Tätigkeit als „Teilzeitdoktor“ per Dienstvertrag während ihrer Zeit als Lehrstuhlinhaber in Düsseldorf als „Langeweile“ erlebt [3]. Diese offene Mitteilung ihrerseits war einer der ersten Anstöße für meine Überlegungen zum Thema. Insofern widersprechen Sie sich selbst, wenn Sie eine Änderung gegenwärtiger Dienstverträge nicht als wichtige Aufgabe unterstützen. Mit meinen Über-

legungen wollte ich eine auf Veränderung zielende Diskussion umstrittener Bereiche einleiten. Ich bin mir sicher, dass eine Tätigkeit in der ZNA nicht das Prädikat langfristig erhalten wird. Ebenso ist mir bewusst, dass die Notfallversorgung nur ei-

nen Teilbereich allgemeinmedizinischer Tätigkeit darstellt. Aber auch dieser Bereich muss erlernt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Manfred Lohnstein
Facharzt für Allgemeinmedizin
Brunecker Straße 27
86316 Friedberg
lohnstein.m@t-online.de

Literatur

1. Abholz HH. Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie? *Z Allg Med* 2015; 91: 160–165
2. Kurzke U. Leserbrief. *Z Allg Med* 2015; 91: 233
3. Abholz HH. Antwort auf Leserbrief. *Z Allg Med* 2015; 91: 234

Stratmann M, Lodders S, Kochen MM. „Nur ein Virusinfekt“ – schicksalhafter oder abwendbar gefährlicher Verlauf? *Z Allg Med* 2015; 91: 358–361

Leserbrief von Dr. Roger Schaffran

Der Artikel hinterlässt mich einigermaßen ratlos. Es wird eindrucksvoll dargestellt, dass uns Risikomarker fehlen, die eine drohende Sepsis rechtzeitig anzeigen. Was für Konsequenzen ziehe ich aus diesem Artikel? Mehr aufpassen? Vermehrt „(Verdachts-)Diagnosen in Betracht ziehen, die von meiner Seite mit Angst oder Unsicherheit behaftet sind“? Angst soll doch ein schlechter Berater sein.

Soll ich jetzt jeden verdächtigen Patienten rechtzeitig stationär einweisen? Das hieße, jeden Patienten mit Fieber und HF über 90 (bei Fieber besteht automatisch Infektverdacht) mit V.a. Sepsis stationär einzuweisen. Das könnte in der Erkältungssaison mehrmals täglich der Fall sein. Mache ich einen Fehler, wenn ich es nicht tue?

Eine Lösung könnte durch die Beantwortung der selbst gestellten Frage: „schicksalhafter oder abwendbar gefährlicher Verlauf“ erfolgen. Hier bietet sich an, das Konzept von Donner-Banzhoff anzuwenden, das er zur Unterscheidung eines Fehlers von einem Pseudo-Fehler in der *ZFA* 5/2014 (S. 200–206) vorgestellt hat (s. dort die Begriffe plausibel, konkret und praktikabel).

Lässt sich im Rückblick eine plausible, konkrete und praktikable Regel formulieren, deren Beachtung das Ereignis verhindert hätte? Die Regel müsste für unseren Fall lauten: Weise jeden Patienten, der SIRS oder Sepsis-Kriterien aufweist, stationär ein.

Plausibel: im Einklang mit dem aktuellen medizinischen Wissen. Hierzu haben Stratmann et al. eindrucksvoll gezeigt, dass unser Wissen zur Frühdiagnostik einer Sepsis bei primärem, unkompliziertem Virusinfekt bislang keinen anderen verlässlichen Frühmarker kennt. Daher käme nur eine stationäre Einweisung in Frage. Unklar ist aber, ob das einen foudroyanten Verlauf aufhalten würde.

Konkret: meint ein konkretes Verhalten. Das wäre bei Erreichen der Sepsis-Kriterien: stationäre Einweisung.

Praktikabel: Das regionale Gesundheitssystem ist in der Lage, eine allgemeine Umsetzung der Regel zu bewältigen. Das würde hier bedeuten, tatsächlich jeden verdächtigen Patienten (Fieber, HF > 90, Infekt) stationär einzuweisen. Das halte ich für nicht praktikabel: Junge Erwachsene mit Fieber haben fast immer eine HF über 90 und Infektverdacht besteht aufgrund des Fiebers sowieso. Man kann aber nicht in der Erkältungssaison die Krankenhäuser mit allen fiebernden jungen Erwachsenen belegen.

Die oben formulierte Hypothese ist also ungeeignet. Die dargestellten Fälle sind nach heutigem Wissensstand nicht anders („besser“) behandelbar. Es waren schicksalhafte Verläufe.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Roger Schaffran
Rheinstraße 230
50389 Wesseling
dr@schaffran.info

Antwort von Dr. Dipl.-Päd. Matthias Stratmann

Es wird nie eine hundertprozentige Sicherheit in der Medizin geben, und noch so gewissenhaftes Arbeiten wird nie Verläufe wie die beschriebenen komplett verhindern können. Dennoch sollten wir daran arbeiten, Methoden zu entwickeln, die Zahl dieser fatalen Ausgänge so gering wie möglich zu halten. Auch wenn im Rückblick keine plausible, konkrete und praktikable Regel existiert, deren Beachtung diese Ereignisse verhindert hätte, heißt das doch nicht, dass das auf ewig so bleiben muss. Auch in kleinen Schritten kann man etwas bewegen, kleine Mosaiksteinchen in der Beurteilung von Beschwerden hinzufügen. Nach den Anregungen im Listserver der DEGAM verwenden wir nun häufiger z.B. einen Pulsoximeter und den CRP-Schnelltest, auch wenn die beiden Methoden nicht unumstritten sind. Und letztendlich werden wir viele Entscheidungen immer noch aus dem Bauch heraus und nach Gespür treffen, ohne dezidiert alle Sachargumente gegeneinander abgewogen zu haben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dipl.-Päd. Matthias Stratmann
Facharzt für Allgemeinmedizin
Hausarztzentrum Werther
Ravensberger Straße 25a
33824 Werther
magi-stratmann@t-online.de