

Lohnstein M. Patientenversorgung an allgemeinmedizinischen Universitätsabteilungen – Ist-Zustand und Ausblick.

Z Allg Med 2015; 91: 405–407

Leserbrief von Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz

Lieber Herr Lohnstein, Sie fordern implizit, dass die Allgemeinmedizin „mit ihren Charakteristika an der Universität erlebbar sein soll“ und ergänzen zwei Charakteristika: „Patientennähe“ und „unausgelesenes Patientenkollektiv“. Sie bleiben aber die Aussage schuldig, ob nun der Unterricht zur Allgemeinmedizin an der Universität in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) stattfinden soll oder – wie bisher üblich – in den Lehrpraxen, in denen ja der Hochschullehrer als auch die wissenschaftlichen Mitarbeiter – soweit sie Allgemeinmediziner sind – tätig sein können.

Ich muss und kann aus Ihren Aussagen schließen, dass dies nicht in Notaufnahmen/Ambulanzen geschehen kann, da hier ja nicht „unausgelesene Patienten“ erscheinen und auch die „Patientennähe“ nicht aus einem einzigen Kontakt in einer solchen Einheit resultieren kann. Denkt man an weitere Charakteristika des Faches, wie z.B. die Kontinuität und die Breite der Versorgung in Prävention und Krankheitsbehandlung, die psycho-soziale Sicht auf den Patienten und seine Probleme sowie die Arzt-Patienten-Bezie-

hung etc., so wird offensichtlich, dass dies nicht in einer ZNA oder ähnlichen Einrichtungen vermittelbar ist.

Und noch etwas sehr Wichtiges: Die gesamte Entscheidungsfindung, die uns so sehr von den Klinikern und Spezialisten unterscheidet, basiert auf der guten Kenntnis des Patienten (über die Zeit und in der Breite) sowie der gewachsenen Arzt-Patienten-Beziehung. Dies erst „erlaubt“ uns, nicht immer alles zu tun, was bei „diesem Patient“ möglich wäre – und dennoch auf der „sicheren Seite“ für ihn zu bleiben. Wenn wir den Patient aber – so in der ZNA – gar nicht kennen, dann sind wir in der Regel sogar verpflichtet, all das zu tun, was auch ein Spezialist in einer solchen Situation mit einem ihm unbekanntem Patienten tun würde. Und damit kann die Universität selbst nicht Lehrort für die Studenten zur Vermittlung von Allgemeinmedizin sein.

Zu glauben, dass Hausärzte an sich schon anders, weniger extensiv in der Anwendung von Diagnostik und Therapie sind, ist sehr problematisch. Wenn sie es in Notaufnahmen sind, dann gehen sie ein Risiko für den Patienten ein, den sie ja eigentlich nur wie jeder andere Arzt beurteilen können – und dann müssen sie „al-

les“ tun. Eine Grundhaltung mit der Devise „Nicht Überversorgen“ wird dann in der ZNA zum gefährlichen Vorgehen, weil ohne die gute Kenntnis des Patienten keine inhaltliche Rechtfertigung für das „bewusste Weglassen“ besteht. Dennoch findet man in ausländischen Studien, dass in ZNAs eingesetzte Hausärzte weniger extensiv Diagnostik und Therapie im Vergleich zu Spezialisten betreiben. Dazu ist zu sagen: Die untersuchten Fallzahlen und die Beobachtungsdauer in den Studien, die ich kenne, sind klein bzw. kurz, so dass negativ auswirkendes Weglassen nicht auffällt. Und es handelt sich immer um „gestandene Allgemeinmediziner“, die dort eingesetzt waren – und diesen, nur diesen würde ich zutrauen, dass sie die Devise „keine Überversorgung“ vorsichtig umsetzen können. Nur wird diese Arbeit dann immer noch nicht zum Lehrfall für das Fach Allgemeinmedizin.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Institut für Allgemeinmedizin (Emeritus)
Heinrich-Heine-Universität
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf

Antwort von Dr. Manfred Lohnstein

Lieber Herr Abholz, Ihr Leserbrief erfüllt eine wichtige Funktion. Mein Meinungsartikel hat ein in der DEGAM umstrittenes Thema in die öffentliche Debatte eingeführt. Das zeigte der Verlauf der Diskussion auf der diesjährigen Mitgliederversammlung der DEGAM in Bozen und ist nun auch für die ZFA-Leser fassbar. Sie haben an anderer Stelle dezidiert die *core values* (Kontinuität, Übernahme von Verantwortung, breites Wissen, soziale Einbettung, Komplexität) unseres Faches dargestellt [1]. Ziel der Patientenversorgung durch allgemeinmedizinische Universitätsabteilungen ist es, dass diese *core values* auch im Universitätsbereich ihren Platz finden. Das kann eine vorwiegend theoretisch ausgerichtete Universitätsabteilung keinesfalls in Seminarräumen vermitteln.

Ihre Ausführungen zur Arbeit in der ZNA berücksichtigten nicht die von mir genannten aktuellen Daten, die auf die Verlagerung dieser Notfälle vom ärztlichen Bereitschaftsdienst in die Krankenhäuser hinweisen, eine sowohl quantitative wie qualitative Entwicklung. Ihre Einwände kann ich nur vereinzelt nachvollziehen. Sie werden mir zustimmen, dass eine Otitis media jede Fachärztin für Allgemeinmedizin sicher diagnostizieren kann. Immer wieder erleben wir in meiner Praxis, dass junge Frauen mit unkompliziertem Harnwegsinfekt die ZNA aufsuchen, dort auf jeden Fall sonografiert werden sowie ein Breitspektrumantibiotikum erhalten. Auch für diesen Fall ist keineswegs nur der „gestandene Allgemeinmediziner“ notwendig. Die Mischung von jungen und erfahrenen Ärztinnen wird bereits erfolgreich z.B.

in der ZNA des Albertinenkrankenhauses in Hamburg praktiziert.

Im Kern verfehlt aber Ihre Kritik mein Anliegen. Die Tätigkeit von Allgemeinärzten in der ZNA wird im Text nur deshalb etwas breiter dargestellt, da erstmalig Erfahrungen aus deutschen allgemeinmedizinischen Universitätsabteilungen vorliegen. Dass die Allgemeinmedizin an den Universitäten gut sichtbar wird, ist das Kernanliegen meiner Überlegungen! Die Vermittlung, der *core values* erfordert das „Da-sein“, wie Sie es nennen [1]. Uwe Kurzke hat sich in einem Leserbrief zu dieser Herausforderung geäußert, die er eingebettet sieht in gesellschaftliche Wandlungsprozesse [2].

Die Versorgung von Patienten durch allgemeinmedizinische Universitätsabteilungen wird sich dieser Herausforderung stellen müssen, in ähnlicher Weise, wie das für die zunehmende Zahl großer Ge-

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 langweilig 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, Lidders 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. eindrücklich 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