

Jahrzehnte war und – zumindest nach allen Befragungen von Patienten zu einem „guten Arzt“ – auch heute noch ganz überwiegend als ein Ideal gesehen wird: Der Arzt der zuhört, versteht und „immer da“ ist.

Wenn man sich dies personifiziert in einem Arzt, einer Ärztin vorstellt, dann ist bestenfalls der Hausarzt konzeptionell fähig, dies zu realisieren. Sassel führt uns das vor. Denn zumindest Verstehensfähigkeit wächst mit „viel Austausch“, mit einer Beziehung mit dem Patienten – und dies beides wächst bei breiter und kontinuierlicher Zuständigkeit, eben, wenn man „immer da“ ist.

Wir wollten auf „Zeit und Raum“ übergreifende Aspekte ärztlichen Handelns hinweisen, die Berger so eindrücklich schildert, und danach fragen, wie Ärztinnen und Ärzte heute damit umgehen. Wir sahen unsere Aufgabe auch darin, die Fragen zu stellen, ob ein Arztsein

wie Sassel es verkörperte, heute überhaupt noch angestrebt wird bzw. in den modernen Kooperationsformen der Praxis zu realisieren wäre.

Wie Dr. Hüther gespürt hat, sind wir hier eher skeptisch (so wie es auch Dr. Kurzke ist). Diese Skepsis basiert auf unserer Erfahrung im Alltag, auf Arztinterviews und der Literatur zum Thema. Schon z.B. jedes Schichtsystem lässt deutlich werden, dass mit unterschiedlichen Zuständigkeiten trotz „Übergaben“ Informationen „untergehen“, weniger Beziehung entsteht und zu Schichtende das Engagement derer, die verantwortlich waren, deutlich abnimmt. So bleibt die Frage, wie die von Berger beschriebenen Werte ärztlichen Handelns unter den heutigen gesellschaftlichen und gesundheitssystemischen Bedingungen gelebt werden können. Wir glauben, dass dies zumindest denkbar, wenn nicht sogar möglich ist, dass es aber einer ge-

meinsamen Anstrengung bedarf, um dies umsetzbar zu machen.

Es ist daher – da stimmen wir Dr. Hüther zu – Zeit, jetzt „Ideen“ zur Realisierung einer Lebens- und Arbeitswelt für den „Teamarzt“ zu entwickeln und zu erproben. Ob dabei wirklich für Versorgte und Versorger akzeptable Kompromisse auf allen Ebenen der Widersprüche (Nähe/Distanz; Hauptverantwortlicher/Angestellter; Erreichbarkeit/Recht auf Freizeit etc.) zu erreichen sind, kann man eher skeptisch oder eher optimistisch sehen.

#### Korrespondenzadresse

Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus  
Institut für Allgemeinmedizin  
Universität Düsseldorf  
Werdener Straße 4  
40227 Düsseldorf  
vera.kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de

## Güthlin C, Klein G. Informations- und Fortbildungsbedarf von Hausärzten zu komplementären Verfahren bei Krebspatienten. Z Allg Med 2017; 93: 172–7

### Leserbrief von Prof. Dr. Norbert Schmacke

Dres. Corina Güthlin und Gudrun Klein geben wertvolle Hinweise zur Fortbildungssituation der Hausärztinnen und Hausärzte in onkologischen Fragen und greifen dabei die Tatsache auf, dass viele Patientinnen und Patienten nach alternativen oder komplementären Therapien fragen und diese z.T. auch ohne Wissen ihrer Therapeut/innen anwenden. Leider ist es so, dass an immer mehr deutschen Universitäten Verfahren, die sich selber der Komplementärmedizin zurechnen, von Vertretern dieser Richtungen (Homöopathie, anthroposophische Medizin, traditionelle chinesische Medizin – um drei häufig vertretene zu nennen) ohne jede Qualitätskontrolle unterrichtet werden. Damit wird der Eindruck unterstützt, es handle sich um ganz normale Therapierichtungen. Wie nicht zuletzt aus dem Ergebnis der Autorinnen abzuleiten ist, besteht ein gewaltiger Fortbildungsbedarf zur Evidenzbasierung der komplementären Verfahren. Dies ergibt sich vor allem

schon daraus, dass seit den 70er Jahren ein wachsender Anteil niedergelassener Ärztinnen und Ärzte regelhaft Verfahren wie die Homöopathie einsetzen, für die es keinerlei belastbare klinische Studien gibt.

Für Fortbildung in Sachen Komplementärmedizin bieten sich die Lehrstühle für Allgemeinmedizin vermutlich in besonderer Weise an. Sie müssten dafür wohl gesondert personell ausgestattet sein und deutlich machen, dass es bezüglich der Frage nach Nutzen und Schaden um genau dieselben methodischen Ansätze geht wie bei allen diagnostischen und therapeutischen Fragen. Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) ist ein ideologisches Konstrukt, das sich wissenschaftlich nicht definieren lässt [1]. Es darf nicht ungewollt immer weiter aufgewertet werden, so wenig, wie evidenzfreie Verfahren von den Krankenkassen bezahlt werden dürften. Ein ganz anderer Fortbildungsbedarf ist freilich noch darin zu sehen, mit Patientinnen und Patienten darüber zu sprechen, warum sie CAM-Verfahren für sich in Erwägung gezogen haben oder ziehen möch-

ten. Dass dabei nicht so selten, wenn auch nicht durchgängig, schlechte Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten eine Rolle spielen [2], bedarf wirklich immer wieder der Reflexion, wie sie z.B. Balintgruppen anbieten können.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke  
Universität Bremen  
Inst. für Public Health und Pflegeforschung  
Tel.: 01520 8987285  
schmacke@uni-bremen.de

#### Literatur

- Schmacke N. Evidenz – Glaube – politische Adelung. Positionen zur so genannten Komplementärmedizin. Westf. Ärztbl. 3/2017: 26–7. [www.aekwl.de/fileadmin/aerzteblatt/pdf/waeb0317.pdf](http://www.aekwl.de/fileadmin/aerzteblatt/pdf/waeb0317.pdf) (letzter Zugriff am 21.04.2017)
- Schmacke N, Stamer M, Müller V. Gehört, gesehen und verstanden werden: Überlegungen zu den Lehren aus der Homöopathieforschung. Z Allg Med 2014; 90: 251–5