

haben wir aber Metamizol aufgenommen – wohlwissend, dass der Hausarzt/die Hausärztin Optionen braucht, wenn NSAR eingeschränkt einsetzbar sind. Bei geringer Wirksamkeit und einer Erkrankung mit hoher Spontانبesserungstendenz müssen wir bei Medikamenten mit Schadenspotenzial, wie NSAR (Magenblutungen, kardiovaskuläre Schädigung), Flupirtin (Le-

berversagen) und Opioiden (Übelkeit, Verstopfung, etc.) eine sehr bedachte und sorgfältige Entscheidung treffen. Natürlich können sie trotzdem verordnet werden. Abweichungen von der Leitlinie sind immer möglich, müssen aber begründet erfolgen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Jean-Francois Chenot, MPH
Abteilung Allgemeinmedizin,
Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald
Fleischmannstraße 42
17475 Greifswald
Tel.: 03834 86-22282
jchenot@uni-greifswald.de

Gehring SC, Kandzora J, Jeske-Saathoff E, Laag S, Hofmann W, Steinhäuser J. Strukturierte Arzneimitteltherapie für multimorbide Senioren (SAmS) – ein Pilotprojekt. Z Allg Med 2017; 93: 266–270

Leserbrief von Dr. Thomas Maibaum

Dieses sehr schöne Pilotprojekt aus meinem Nachbarbundesland erschüttert mich. Nicht weil ein so großer Anteil der zum Teil hochbetagten Menschen mehr als 5 oder gar mehr als 10 Wirkstoffe zu sich nimmt (da greife ich mir gerne auch an die eigene Nase). Nicht, dass es lediglich zu deskriptiven Ergebnissen kommen konnte, 9 von 20 Betriebsstätten keine Patienten finden konnten, die die Einschlusskriterien erfüllten und so lediglich 92 Patienten rekrutiert werden konnten.

Was mich wirklich erschüttert ist, welches *Disease Mongering* wir betreiben, wenn wir bei einer erfreulichen Reduktion der Medikamente im Beobachtungszeitraum gleichzeitig einen Anstieg der codierten ICD-Codes auf sage und schreibe durchschnittlich 17,08 Diagnosen pro Patient (Maximum 53!) beobachten. Natürlich erscheinen wir durch diese Art der Dokumentation alle viel kränker, während sich die betagten Menschen im Generationenvergleich subjektiv immer gesünder fühlen.

Zwar werden einige von uns durch die Betreuungsstrukturverträge auf diese

Art immer reicher, insgesamt erweisen wir uns und der Gesellschaft damit aber einen Bärenienst.

Interessenkonflikt: Der Autor ist Teilnehmer an mehreren Betreuungsstrukturverträgen der KV.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Maibaum
Facharzt für Allgemeinmedizin
Kolumbusring 61
18106 Rostock
Tel.: 0381 1201828
thomas.maibaum@yahoo.de

Krause O, Hartung M, Schneider N, Termühlen C, Wiese B, Bleidorn J. Famulatur in der Allgemeinmedizin: die Sichtweise der Hausärzte auf die Lerninhalte – Ergebnisse einer Umfrage. Z Allg Med 2017; 93: 271–277

Leserbrief von Dr. Thomas Maibaum

So schön und wichtig es ist, dass endlich auch mal das „ungeliebte Kind“ Famulatur in der Hausarztpraxis analysiert wird, irritiert es schon, dass der Erstautor, der als Geriater und Lehrbeauftragter für Geriatrie an der Universität arbeitet, so ungenau mit den Worten umgeht.

Warum heißt der Titel „Famulatur in der Allgemeinmedizin“, wenn im ganzen Artikel später (zu Recht) nur von Hausärzten geredet wird. So wird überhaupt nicht klar, ob die Sozialisierung in

der Allgemeinmedizin einen Unterschied macht in der Vermittlung von Famulaturinhalten, da eben keine Unterscheidung zwischen hausärztlichen Internisten, praktischen Ärzten und FÄ für Allgemeinmedizin gemacht wird.

Viel gravierender empfinde ich jedoch, dass Herr Krause konsequent von „Vorsorgeuntersuchungen“ spricht. Wir sollten – insbesondere auch in der Öffentlichkeit, erst Recht aber in der ZFA – dieses Wort endlich einmotten und richtigerweise von Früherkennungsuntersuchungen sprechen (wobei sogar dieser Begriff euphemistisch ist). Keine einzige dieser Untersuchungen

bewirkt nämlich eine Vorsorge, sondern eben im besten Falle lediglich eine Früherkennung.

Interessenkonflikte: Der Autor verdient mit Früherkennungsuntersuchungen bei Kassenpatienten Geld.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Maibaum
Facharzt für Allgemeinmedizin
Kolumbusring 61
18106 Rostock
Tel.: 0381 1201828
thomas.maibaum@yahoo.de