

8. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 3: CD008286
9. Kotz D, Brown J, West R. Prospective cohort study of the effectiveness of smoking cessation treatments used in the "real world". *Mayo Clin Proc* 2014; 89: 1360–7
10. Mühlig S, Andreas S, Batra A, Petersen KU, Hoch E, Rütther T. Psychiatrische Komorbiditäten bei tabakbedingten Störungen. *Nervenarzt* 2016; 87: 46–52
11. Kotz D, Viechtbauer W, Simpson C, van Schayck OC, West R, Sheikh A. Cardiovascular and neuropsychiatric risks of varenicline: a retrospective cohort study. *Lancet Respir Med* 2015; 3: 761–8
12. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016; 387: 2507–20
13. US Food and Drug Administration. Drug Safety Communication [December 16, 2016]: FDA revises description of mental health side effects of the stop-smoking medicines Chantix (varenicline) and Zyban (bupropion) to reflect clinical trial findings. [www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm](http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm) (letzter Zugriff am 03.01.2017)
14. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004; 99: 29–38
15. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519

## Chenot J-F, Becker A. Update der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz.

*Z Allg Med* 2017; 93: 250–255

### Leserbrief von Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz

Vielen Dank für diese Zusammenfassung der Leitlinie. Da beide Autoren auch Verfasser der Leitlinie sind, erlaube ich mir die folgende Diskussionsbemerkung, die auch für immer mehr Leitlinien zu anderen Themen leider gilt.

Die unterstellte Notwendigkeit des Vorliegens von methodisch guten Studiennachweisen zum Nutzen als alleinige Grundlage für „Leitlinien“ wird zum Problem: Leitlinien sollten eigentlich unser Handeln leiten und nicht ein Report nur der Studienlage sein, die – wie am Beispiel der Arbeitsunfähigkeitschreibung im Zusammenhang mit Kreuzschmerz deutlich wird – sich zudem auch ändert (von möglichst nicht AU zu AU).

Folgt man dem Konzept, nach dem nur das empfohlen werden kann, was gute Studienlage hat, dann führt das – wie im Falle der Schmerztherapie – auch zur faktischen Empfehlung des Nicht-Handelns, also einer absurden Situation für die Praxis. Denn gegeben werden sollen nicht: Paracetamol (wahrscheinlich auch in Kombination mit Codein), Metamizol, Flupirtin, Opioide. Und NSAR kann man – wie der Artikel die Leitlinie ergänzt – wohl auch nicht mehr einsetzen. Damit gibt es keine Schmerztherapie für den Rückenschmerz, die man noch vertreten kann! Leitlinien-Macher sollten an ihre Aufgabe denken, die da heißt: Gebt als Experten – wenn auch mit Studienwissen im Hintergrund – Eure Empfehlung, die noch ärztlich handeln lässt.

Und vielleicht sind ja die Studienergebnisse auch nur so schlecht in Bezug auf den Nutzen, weil sie akuten mit chronischem Rückenschmerz in den Untersuchungsgruppen zusammengebracht haben. Und letzterer ist wahrscheinlich nicht „Rückenschmerz“, sondern „Schmerzkrankheit“ – zwei deutlich unterschiedliche Dinge.

Ist es aber so, dass entweder die Studienlage keine *studiengestützte*

Empfehlung geben lässt, oder die Studienlage für den *akuten Rückenschmerz* nicht ausreichend existiert, dann muss man *in einer Leitlinie* dennoch eine Empfehlung des Experten erwarten können. Eine solche muss dann als eine Expertenempfehlung gekennzeichnet sein. Sie muss sich dann auf Erfahrung berufen sowie durch ein Abwägen der unterschiedlichen und der unterschiedlich häufigen UAWs in Bezug auf das, was man dann bei der Empfehlung ins Auge fasst, begründet werden.

#### Korrespondenzadresse

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

### Antwort von Prof. Dr. Jean-François Chenot und Prof. Dr. Annette Becker

Vielen Dank für den Leserbrief. Wir stimmen zu, dass die Gefahr besteht, in der Leitlinienarbeit bei der reinen Evidenzbewertung zu verharren, anstatt den Schritt zur praxisrelevanten Empfehlung zu gehen – notfalls auch ohne vorhandene Evidenz. Wir können dem Autor und der Leserschaft versichern, dass bei der Erstellung der Leitlinie Kreuzschmerz hierum gerungen wurde. Die teilweise bestehende Diskrepanz zwischen Leitlinie und Versorgung wurde angesprochen.

Natürlich würden wir gerne einfach umzusetzende und effektive Maßnahmen empfehlen, die es leider aber nicht gibt. Die Leitlinienempfehlungen sind eine Abwägung der Evidenz für Nutzen und Schaden und Ergebnis eines Konsensusprozesses. Die Sicherheitsbedenken zu Paracetamol sind in den letzten Jahren gestiegen. Gleichzeitig gibt es nun auch eine Negativstudie. Trotz unzureichender Evidenz

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