

Neues aus der Allgemeinmedizin



Dr. Lothar Schmittiel

Die Allgemeinmedizin ist eine eigenständige ärztliche Funktion. Sie wendet Wissen aus verschiedenen medizinischen Gebieten für die Versorgung ambulanter Patienten an. Basierend auf der Berufstheorie von Robert Nikolaus Braun und der aktuellen Versorgungsforschung (www.versorgungsforschung-aktuell.de) entwickelt sie auch eigene Forschungsergebnisse, die unter anderem in den aktuellen Leitlinien der DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin – umgesetzt werden (www.degam.de). Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit den Erkenntnissen der vergangenen drei Jahre, die für die tägliche Versorgung der Patienten relevant sind. Die Funktion des Allgemeinarztes wird beispielhaft an neuen Forschungsergebnissen dargelegt.

Die Funktion eines Allgemeinarztes

Die Allgemeinmedizin ist eine ärztliche Funktion, die sich mit jedem Patienten und jeder Erkrankung beschäftigt. Sie lässt sich mit Aufgaben wie Primärarzt, Langzeitbetreuung, Koordination, Prävention und biopsychosoziale Gesamtschau beschreiben. Allgemeinärzte versorgen 90 Prozent aller Beratungsprobleme zur Zufriedenheit des Patienten im eigenen Bereich, nur zehn Prozent benötigen auf Grund der Schwere der Erkrankung eine Überweisung oder eine Krankenhauseinweisung. Die berufstheoretische Forschung konnte belegen, dass 90 Prozent der Fälle als Symptome, Symptomgruppe oder Bild einer Krankheit abwartend offen geführt werden. Anders gesagt: eine abschließende wissenschaftlich fundierte Diagnose wird in zehn Prozent aller allgemeinärztlichen Beratungsergebnisse gestellt. Häufig liegen Erkrankungen vor, die symptomatisch behandelt werden und oft von selbst heilen. Die Arbeitsweise ist üblicherweise problemorientiert und nicht krankheitsorientiert. Trotzdem kann hinter jeder noch so banalen Befindlichkeitsstörung eine gefährliche Erkrankung stecken, sodass der seltene „abwendbar gefährliche Verlauf“ ständig berücksichtigt werden muss. Regelmäßig häufig in einem Jahr sieht ein Allgemeinarzt 300 verschiedene Krankheiten und Symptome, im Laufe von 30 Praxisjahren sind es etwa 2500.

Eine im vergangenen Jahr veröffentlichte zehnjährige Beobachtungsstudie in einer österreichischen Allgemeinarztpraxis konnte die Ergebnisse früherer Fällverteilungsstatistiken aktualisieren. Im Durchschnitt wurden pro Patient 2,34 Gesundheitsstörungen pro Jahr beobachtet. In 85 Prozent der Beratungsergebnisse handelte es sich hierbei um neue Fälle, 15 Prozent betrafen chronische Leiden. Bei den chronischen Leiden hatte im Vergleich zu früheren Statistiken der Diabetes mellitus erheblich zugelegt. Er belegt nun den zehnten Rang aller Beratungsergebnisse (siehe Tabelle 1). Wie der Allgemeinarzt seinen Aufgaben in der Primär-

versorgung, Prävention, Psychosomatik, Koordination und Langzeitbetreuung gerecht wird, soll anhand einiger aktueller Forschungsergebnisse dargelegt werden.

Primärärztliche Funktion am Beispiel Kreuzschmerzen

Kreuzschmerzen gehören mit dem vierten Rang aller Beratungsergebnisse und einer Praxisprävalenz pro Woche von acht Prozent zu den häufigsten Gründen, weshalb Patienten einen Allgemeinarzt konsultieren. Lange Arbeitsunfä-

Rang	Beratungsergebnis	Fink 2007	Braun 1980
1.	Uncharakteristisches Fieber	69,75 Promille	52,7 Promille
2.	Hypertonie (wahrscheinlich essenziell)	48,14 Promille	41,1 Promille
3.	Myalgie	35,46 Promille	29,6 Promille
4.	Kreuzschmerz	29,15 Promille	22,1 Promille
5.	Luftwegkatarrh kombiniert	26,62 Promille	11,5 Promille
6.	Arthropathie, Periarthropathie	25,44 Promille	29,1 Promille
7.	Afebrile Allgemeinreaktion	23,56 Promille	20,5 Promille
8.	Husten	23,28 Promille	25,5 Promille
9.	Tonsillitis acuta (Angina)	20,06 Promille	14,7 Promille
10.	Diabetes mellitus (Typ I, Typ II)	19,12 Promille	12,8 Promille

Tabelle 1: Die zehn häufigsten Beratungsergebnisse in der Allgemeinarztpraxis.

Nach Fink W., Haidinger G. Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen. Z Allg. Med. 2007; 83: 102-108.

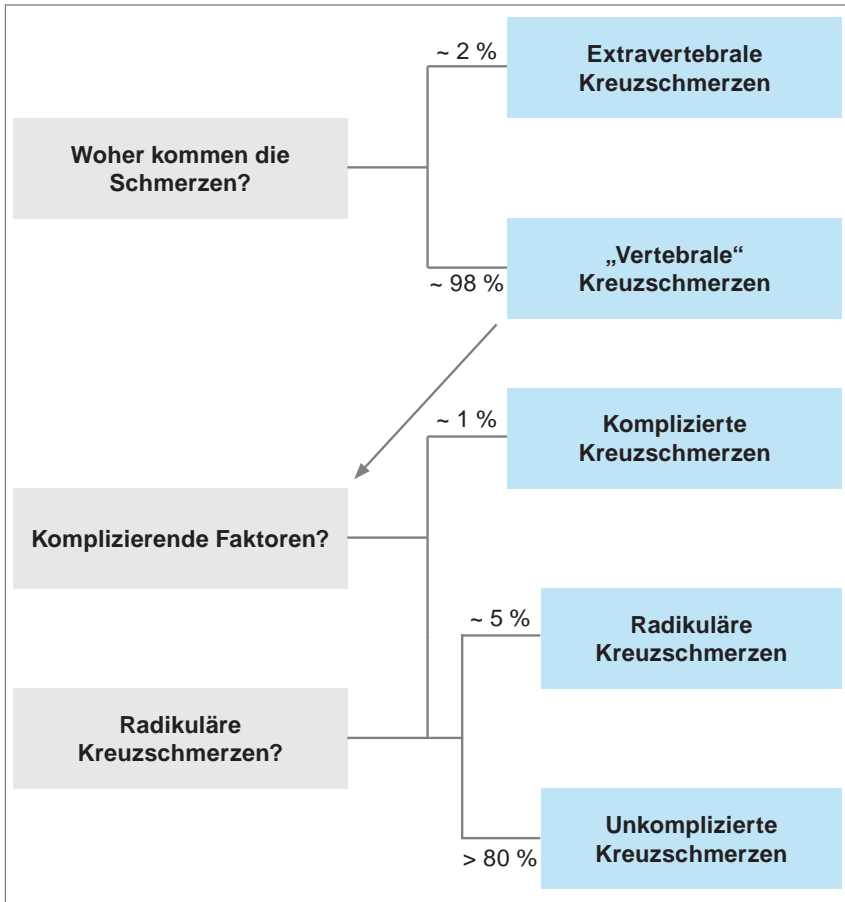


Diagramm: Vorgehensweise bei Kreuzschmerzen im hausärztlichen Bereich.

higkeitszeiten und Frühberatungen auf Grund chronischer Beschwerden führen zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten. Kreuzschmerzen können von einer Vielzahl anatomischer Strukturen ausgehen. Bei etwa 85 Prozent der Patienten bleibt trotz Diagnostik die genaue Ursache der Kreuzschmerzen unklar. Die Beschwerden heilen spontan. Das allgemeinärztliche Vorgehen sollte daher nicht darauf ausgerichtet sein, den Ursprung der Kreuzschmerzen zu klären, sondern stattdessen Patienten mit unkomplizierten Verläufen vor übermäßiger Diagnostik zu schützen und gleichzeitig die wenigen abwendbar gefährlichen Verläufe, die sofortiger Intervention oder weiterer Diagnostik bedürfen, zu erkennen und umgehend zu behandeln.

Die DEGAM-Leitlinie Kreuzschmerzen (www.degam.de/leitlinien) entwickelte ein praxisorientiertes Vorgehen, um diagnostisch und therapeutisch Patienten entsprechend ihrer Bedürftigkeit zu versorgen (siehe Diagramm).

Anamnestisch sollte geklärt werden, ob es sich bei den Beschwerden des Patienten um primär vom Rücken ausgehende, muskuloskelettale Schmerzen handelt. Etwa zwei Prozent der Kreuzschmerzen erwachsener Patienten in primärärztlicher Versorgung treten in Zusammenhang mit einer gastrointestinalen, gynä-

Anzeige

Konzentriert und effektiv...

...bearbeiten unsere Profis seit fast 30 Jahren die medizinische Privatabrechnung von 1700 Kunden in ganz Deutschland. Erstklassige Referenzen geben Ihnen die Sicherheit mit einem kompetenten Partner zusammen zu arbeiten. Testen Sie uns ohne Risiko mit „Geld-zurück-Garantie“!

T E L E F O N

089 14310-115

Herr Wieland www.medas.de

Die GOÄ-Experten.





MEDAS privatärztliche Abrechnungsgesellschaft mbH

Warnhinweise für komplizierten Kreuzschmerz

- Alter < 20 Jahre oder > 50 Jahre
- Zunahme oder Persistenz der Beschwerden trotz Therapie
- Schlechter Allgemeinzustand
- Adäquates Trauma
- Ausgeprägte neurologische Ausfälle mit Lähmungen in den Beinen bis hin zu Blasen-/ Mastdarmstörungen
- Systemische Steroidmedikation > 7,5 Prednisonäquivalent über mehr als sechs Monate
- Fieber
- Hinweise auf bekannte tumoröse, entzündlich rheumatische Erkrankung, Immunsuppression oder Osteoporose

Tabelle 2: „red flags“ der DEGAM-Leitlinie Kreuzschmerz.

Körperliche Untersuchung	
Ohne Schmerzausstrahlung	Mit Ausstrahlung der Beschwerden in eines oder beide Beine unterhalb des Knies
■ Inspektion	■ Muskelkraft Füße und Großzehen
■ Palpation	■ ASR, PSR
■ Bewegungsprüfung	■ Sensibilität medialer, dorsaler, lateraler Fuß
■ Lasègue	

Tabelle 3: Körperliche Untersuchung bei Kreuzschmerzen mit und ohne Ausstrahlung in die Beine.

kologischen oder urologischen Krankheit (zum Beispiel Gallensteine, Endometritis oder Pyelonephritis) auf.

Bei primär vom Rücken ausgehenden muskuloskelettalen Schmerzen hat sich international die Einteilung in komplizierte Kreuzschmerzen, radikuläre Kreuzschmerzen und unkomplizierte Kreuzschmerzen bewährt. Die Warnhinweise für den seltenen komplizierten Kreuzschmerz sollten abgefragt werden (siehe Tabelle 2), ebenso Warnhinweise für den radikulären Kreuzschmerz wie ausstrahlende Schmerzen unterhalb des Kniegelenks oder Parästhesien. Der akute unkomplizierte Rückenschmerz betrifft ca. 80 Prozent aller erwachsenen Patienten im Alter zwischen 20 bis 50 Jahren. Sie verspüren spontan oder nach körperlicher Beanspruchung einen dumpfen lumbosakralen Schmerz, der zu 70 Prozent in die Oberschenkel ausstrahlt. Diese Patienten haben eine günstige Prognose, innerhalb von vier bis sechs Wochen beschwerdefrei zu sein, jedoch erleiden 45 Prozent der Betroffenen erneute Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, wenn sie nicht zu aktiven Maßnahmen wie Rückengymnastik motiviert werden. Bei Kreuzschmerzen ohne Schmerzausstrahlung besteht die körperliche

Untersuchung aus Inspektion, Palpation, Bewegungsprüfung und Lasègue, bei ausstrahlenden Schmerzen unterhalb des Kniegelenks zusätzlich aus Zehenspitzen- und Zehenhebergang, Reflexe und Sensibilitätsprüfung (siehe Tabelle 3). Zwei randomisierte prospektive Studien aus England konnten zeigen, dass bildgebende Verfahren bei unkompliziertem Kreuzschmerz keinen diagnostischen Mehrwert bringen. Eine Chronifizierung, das heißt persistierende Beschwerden über mehr als zwölf Wochen droht besonders bei Patienten mit geringem Bildungsstand, depressiver Einstellung oder privaten bzw. beruflichen Belastungen.

Therapeutisches Ziel bei unkomplizierten akuten Kreuzschmerzen sind die Schmerzlinderung und die Prävention chronischer Verläufe. Letzteres lässt sich durch aktive Einbeziehung des Patienten erreichen, um sie so früh wie möglich zur Aktivität zu bewegen. Zur akuten Schmerzlinderung werden Paracetamol und NSAR wie Ibuprofen oder Diclofenac symptomatisch und oral eingesetzt. Eine parenterale Applikation von Diclofenac ist wegen der Gefahr einer Anaphylaxie und anderer Komplikationen kontraindiziert. Muskelrelaxantien reduzieren Kreuzschmerzen, allerdings treten Nebenwirkungen



Abbildung: Das maligne Melanom tritt nicht nur an sonnenexponierten Stellen auf, sondern betrifft die gesamte Haut und Schleimhaut.

wie Benommenheit bei bis zu 70 Prozent der Patienten auf. Für eine subkutane Infiltrationsbehandlung mit Lokalanästhetika und/oder Glukokortikoiden (so genannte Quaddelung) liegen derzeit zweifelhafte methodische Erkenntnisse vor. Wegen der Fixierung des Patienten auf eine Spritzenbehandlung, der möglichen Nebenwirkungen und wirksamen oralen Therapieoptionen sollten sie zurückhaltend angewendet werden. Applikationen in den Epiduralraum oder nahe der Spinalwurzel sollten nicht bei akuten unkomplizierten Kreuzschmerzen eingesetzt werden, sondern nur bei therapieresistenten radikulären Kreuzschmerzen. Dies ist nur unter Röntgenkontrolle sicher möglich und kann daher in der Hausarztpraxis nicht durchgeführt werden.

Prävention am Beispiel Hautkrebscreening

Die bisherige Primärprävention in Allgemeinarztpraxen mit dem Check up 35 und der Krebsvorsorge wurde ab 1. Juli 2008 um das Hautkrebscreening ergänzt. Dieses kann alle zwei Jahre ab dem 35. Lebensjahr durchgeführt werden. Durch eine achtstündige Fort-

bildung werden Hausärzte für die erste Stufe des Screenings – der Patientenberatung und dem Erkennen von Basaliom, spinozellulärem Karzinom und malignem Melanom (MM) – ausgebildet. Gerade das MM ist ein Karzinom des jüngeren Menschen, das eine zunehmende Inzidenz mit derzeit 15 Fällen/100 000 Einwohner in Deutschland hat. Ursache sind hohe UV-Belastungen insbesondere in der Kindheit. Durch eine gezielte Anamnese nach familiärer Disposition (fünf bis zwölf Prozent der MM-Patienten haben ebenfalls einen MM-erkrankten Verwandten ersten Grades), früheren Hautkrebskrankungen und aktuellen Veränderungen an der Haut wird die Gefahrengruppe ermittelt. Bei der anschließenden Ganzkörperinspektion wird ohne ein Dermatoskop die Haut auf pigmentierte Veränderungen untersucht. Auffällig sind insbesondere deutlich dunklere, unregelmäßige oder subjektiv aus Patientensicht auffällige Hautflecken, die eventuell in letzter Zeit gewachsen sind. Hilfreich ist die bekannte ABCD-Regel, das heißt Asymmetrie, Begrenzung unregelmäßig, Colorit unregelmäßig und Durchmesser größer als fünf Millimeter. Auffällige Hautveränderungen sollen zu einer ebenfalls zertifizierten dermatologischen Praxis geschickt werden. Man rechnet mit einem nachgewiesenen Hautkrebs in fünf Prozent aller hausärztlich überwiesenen Patienten. In der abgeschlossenen Vorstudie in Schleswig-Holstein traten in hausärztlichen Praxen, die ca. 2000 Patienten betreuen, in zwei Jahren je ein Fall mit einem MM, zwei Fälle mit einem spinozellulärem Karzinom und sechs bis acht Fälle mit einem Basaliom auf. Gerade dieses seltene Auftreten des MM mit drei Prozent aller Krebsneuerkrankungen und ein Prozent aller Krebstodesfälle ist der Hauptkritikpunkt gegen ein Massenscreening, das selbst in Australien mit der höchsten Melanomrate nicht durchgeführt wird.

Psychosomatik am Beispiel Kommunikation

Bezüglich einer medizinischen Entscheidungsfindung wird derzeit als ideales Kommunikationsmodell eine partizipative Entscheidungsfindung (englisch: shared decision making – SDM) angesehen, die letztlich das Paradigma einer Gleichberechtigung zwischen Arzt und Patient reflektiert. Der Begriff bedeutet, dass der Patient in den Prozess der medizinischen Entscheidungsfindung verantwortlich mit einbezogen wird und gemeinsam mit dem behandelnden Arzt eine Entscheidung fällt. Im Gegensatz dazu steht der paternalistische Kommunikationsstil, bei dem der Arzt alle Entscheidungen bezüglich der Behandlungsoptionen selbst trifft, ohne den Patienten mit einzube-

ziehen. Das andere Extrem wird von dem autonomen Kommunikationsstil eingenommen, bei dem der Patient alle medizinischen Informationen erhält und dann völlig eigenständig seine Entscheidung fällt. Damit befindet sich das „SDM“ quasi in der Mitte zwischen autonomen und paternalistischem Kommunikationsstil. In einer Studie mit 234 Patienten aus vier Hausarztpraxen konnte gezeigt werden, dass nur Patienten mit kleineren Beschwerden SDM bevorzugen. Bei schweren und chronischen Erkrankungen nahm die Neigung für SDM ab. Darüber hinaus wurde von den Patienten mit zunehmender Depressivität und höherem Alter ebenfalls ein paternalistisches Kommunikationsmodell präferiert. Die Hausärzte waren dabei instinktiv in der Lage, die Kommunikationspräferenz ihrer Patienten adäquat einzuschätzen. Bei Patienten mit Asthma bronchiale zeigte sich, dass Patienten mit einer hohen Partizipationspräferenz und mit einem hohen Verlangen an Informationen eine höhere Bereitschaft zu Schulung und Selbstmanagement aufweisen. Auf der anderen Seite tendieren sie eher dazu, Medikamente auch mal wegzulassen (drug holidays). Eine Kenntnis dieses Sachverhaltes ist für eine gute Kommunikation von Bedeutung, um Patienten für eine optimale Behandlung zu motivieren. Bei diesen Patienten muss auch die hohe psychische Komorbidität in Form von

Depression und Angststörung berücksichtigt werden. In einer Beobachtungsstudie über den Zeitraum von einem Jahr erwies sich die Depression als Prädiktor für Hospitalisierung und die Angststörung als Prädiktor für die Häufigkeit von Notfallbehandlungen bzw. Hausbesuchen – unabhängig vom Asthma-Schweregrad. Hier kann es sich lohnen, Patienten mit hoher psychischer Komorbidität zu identifizieren, um mit ihnen den Leidensdruck eingehend zu besprechen. Vielleicht kann dies zu einer Reduktion des häufig von hohem emotionalem Druck gekennzeichneten Inanspruchnahmeverhaltens führen.

Koordinationsfunktion am Beispiel Überweisung und multiprofessionelle Teams

Eine gute Zusammenarbeit mit Fachärzten, Kliniken und weiteren Mitarbeitern im Gesundheitswesen ist eine wesentliche Funktion des Hausarztes. Die so genannte „Lotsenfunktion“ ist nicht nur für die Qualität der medizinischen Versorgung von großer Bedeutung, sondern hat auch erhebliche gesundheitsökonomische Auswirkungen. Eine Studie in Marbach/Ludwigsburg (Baden-Württemberg) untersuchte die hausärztliche Koordinierungsfunktion und

Ihr Traumhaus braucht Sicherheit

Profitieren Sie von 34 Jahren Erfahrung und einer unabhängigen Beratung für Ihre Immobilienfinanzierung. Aktuell bieten wir – freibleibend – die folgenden Konditionen an:

5 Jahre fest, 4,90 % nom., 5,01 % eff. Zins.

10 Jahre fest, 4,92 % nom., 5,03 % eff. Zins.

15 Jahre fest, 5,04 % nom., 5,16 % eff. Zins.

20 Jahre fest, 5,13 % nom., 5,23 % eff. Zins.

Die oben genannten Konditionen unterstellen einen Darlehensbetrag ab 100.000 €, eine Beleihung von maximal 54% des Kaufpreises, eine anfängliche Tilgung von 1% p.a. und eine erstrangige Absicherung des Darlehens durch eine eigengenutzte Immobilie.

Konditionen für andere Darlehensbeträge (ab 25.000 €) bzw. Beleihungsgrenzen (bis zu 105% des Kaufpreises) erhalten Sie auf Anfrage. Sondertilgungen können prinzipiell in beliebiger Höhe vereinbart sowie KfW-Mittel berücksichtigt werden.

MLP Finanzdienstleistungen AG

Geschäftsstellen:

Augsburg, Tel. 0821/90656-0, Heilberufe-Team

Kempten, Tel. 0831/52043-55, Hr. Füssel

Regensburg, Tel. 0941/46316-21, Hr. Tischer

Rosenheim, Tel. 08031/80679-15, Hr. Aschauer



befragte Hausärzte, Fachärzte und Patienten zu ihrer Bewertung der Zusammenarbeit. Den Fachärzten erschienen 90 Prozent der Überweisungen als zeitgerecht und fachlich angemessen, nur zehn Prozent der Patienten hätten früher überwiesen werden können. Sechs Prozent der Überweisungen waren aus fachärztlicher Sicht nicht unbedingt notwendig gewesen. Kritischer beurteilten sie die mitgelieferten Informationen: über die medizinische Vorgeschichte und die Medikation wurden sie in 60 Prozent bzw. 48 Prozent der Fälle mit „gut“ oder „sehr gut“ unterrichtet. Dies lässt somit noch Verbesserungspotenzial erkennen. 62 Prozent der Überweisungen waren für die Hausärzte von eindeutigem Nutzen, 49 Prozent boten einen klaren therapeutischen Benefit. In fast 80 Prozent der Fälle erhielt der Hausarzt eine zeitnahe Befundübermittlung. Erfasst wurde auch, wer die Überweisung initiierte: Patient oder Hausarzt. Interessanterweise waren die Patienten, die auf Initiative des Hausarztes überwiesen wurden, mit dem Ergebnis der Überweisung zufriedener, als die Patienten, die selbst auf die Überweisung drängten.

Aktuell spricht sich der Sachverständigenrat der Bundesregierung für eine Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen aus und fordert, eine verstärkte Entwicklung von multiprofessionellen ambulanten Teams (siehe *Bayerisches Ärzteblatt* 5/2008, Seite 283). Wie Patienten von diesem Teamansatz in der Hausarztpraxis profitieren können, zeigt eine weitere Studie aus der Allgemeinmedizin in Heidelberg. Das „PraxArt“-Projekt hatte das Ziel, die Lebensqualität von Arthrosepatienten zu verbessern. Hierbei befragte eine Arzthelferin regelmäßig telefonisch Arthrosepatienten

zu ihren Beschwerden, Medikamentennebenwirkungen und ihrer körperlichen Aktivität. Anhand eines einfachen Ampelschemas wurde diese Information an den Hausarzt weitergeleitet, der so erforderlichenfalls schneller reagieren konnte. Die enge Patientenführung durch die Arzthelferin als „Case-Managerin“ konnte signifikant die Lebensqualität steigern, den Medikamentenverbrauch und die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens senken. Wie schon in vergleichbaren Studien zu anderen Grunderkrankungen konnte gezeigt werden, dass die Qualität der Versorgung durch den Einbezug der (speziell geschulten) Arzthelferin steigt. Deutlich wurde aber auch, der Hausarzt ist dadurch nicht ersetzbar, er wird vielmehr für höher qualifizierte Aufgaben entlastet. Insgesamt belegen alle Ergebnisse vergleichbarer Studien, dass durch komplexe Teamansätze die Versorgung zwar besser, aber nicht unbedingt kostengünstiger wird. Die Vision von Gesundheitsökonomien, den Hausarzt durch den Case-Manager zu ersetzen, wird also mit Sicherheit kein kostengünstigeres Unterfangen.

Langzeitbetreuung am Beispiel Geriatrie

Das geriatrische Assessment hat in der vergangenen Zeit eine große Verbreitung im ambulanten Bereich gefunden und ist ein hervorragendes Instrument, die Funktionsfähigkeit eines Patienten im Langzeitverlauf zu dokumentieren, gegebenenfalls auch drohende Funktionsverluste abzuwenden. Als Beispiel zum Thema Mobilität kann die DEGAM-Leitlinie „Älterer Sturzpatient“ herangezogen werden. 85 Prozent der Stürze älterer



Abbildung: Das geriatrische Assessment ermöglicht die Beurteilung der Sturzgefahr von älteren Menschen.

Menschen sind durch eine Dekompensation des lokomotorischen Systems bedingt, das heißt einem Zusammenwirken von zunehmendem Alter, Gebrechlichkeit, chronischem Schwindel, Visuseinschränkung, neurologischen Erkrankungen und/oder Medikamenten. Nur in 15 Prozent der Stürze liegen entweder äußere Faktoren (zum Beispiel Stolperschwellen, Schuhwerk) oder eine Synkope (zum Beispiel bei Blutzucker- oder Blutdruckschwankungen) als Ursache vor. Patienten sollten nach Stürzen oder Beinahestürzen befragt werden. Traten diese Ereignisse in der Vergangenheit in regelmäßigen Abständen auf, gelten sie als sturzgefährdet. Der einfach durchzuführende standardisierte „Geh- und Zähltest“ testet die Abnahme der Gehgeschwindigkeit unter Ablenkung. Der Patient geht eine vier Meter Gehstrecke so schnell wie möglich, anschließend geht er die vier Meter erneut und zählt dabei rückwärts von einhundert in Dreierschritten (100, 97, 94 ...). Wird ein Patient um 20 Prozent langsamer, entspricht dies einer drei- bis vierfach erhöhten individuellen Sturzgefährdung. Durch eine multimodale Therapie können Stürze vorgebeugt werden. Maßnahmen wie Gehtraining, Visuskorrektur, präventive Hausbesuche, Hüftprotektoren und Überprüfen der Medikation von Hypnotika, Antidepressiva und Diuretika verbessern nachweislich die Mobilität und vermindern Sturzfolgen wie Frakturen.

Wesentliches in Kürze – Tipps für die Praxis

Allgemeinmedizin ist eine ärztliche Funktion, die sich mit jedem Patienten und jeder Erkrankung beschäftigt.

Der akute unkomplizierte Kreuzschmerz benötigt keine Röntgenuntersuchung und selten eine Injektion zur leitliniengerechten Behandlung.

Das Hautkrebscreening ergänzt zukünftig die Primärprävention, jedoch ist Hautkrebs ein seltenes Ereignis in der hausärztlichen Praxis.

Hausärzte haben ein gutes Gefühl für den bevorzugten Kommunikationsstil des Patienten.

In Teamarbeit mit der Arzthelferin als Case-Manager wird die Versorgung von chronischen Patienten besser, aber nicht billiger.

Stürze bei älteren Patienten lassen sich durch ein geriatrisches Assessment frühzeitig erkennen und durch eine multimodale Therapie vorbeugen.

Ausblick

Die Güte eines Gesundheitswesens wird nicht nur durch seine hoch spezialisierte Medizin bestimmt, sondern vor allem durch die ambulante Basisversorgung. Die komplexe Tätigkeit eines Allgemeinarztes lässt sich durch die Versorgungsforschung darstellen. Neue Forschungseinrichtungen, wie der erste Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Bayern an der Technischen Universität München, werden dazu beitragen, breitere wissenschaftliche Grundlagen für die hausärztliche Arbeit zu entwickeln und die Studenten von Beginn ihres klinischen Studiums an dafür zu begeistern.

Der Autor erklärt, dass er keine finanziellen oder persönlichen Beziehungen zu

Dritten hat, deren Interessen vom Manuskript positiv oder negativ betroffen sein könnten.

Das Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärztblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Dr. Lothar Schmittiel, MME (Uni Bern),
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Master of Medical Education,
Lehr- und Arbeitsbereich Allgemeinmedizin der Technischen Universität München,
Ismaninger Straße 22, 81675 München,
E-Mail: praxis@schmittiel.de,
Internet: www.schmittiel.de

Freiwilliges Fortbildungszertifikat

Auf Grund des Beschlusses des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) vom 24. März 2007 kann das freiwillige Fortbildungszertifikat der BLÄK wie bisher weitergeführt werden; das heißt, Ärztinnen und Ärzte können auf Antrag das freiwillige Fortbildungszertifikat erhalten, wenn sie bei der BLÄK gemeldet sind und innerhalb von maximal drei Jahren mindestens 150 Fortbildungspunkte erwerben und dokumentieren (davon können zehn dieser geforderten Punkte pro Jahr durch Selbststudium erworben werden „Kategorie E“). Die hier erworbenen Punkte sind selbstverständlich auch anrechenbar für das Pflicht-Fortbildungszertifikat.

Weitere Punkte können durch strukturierte interaktive Fortbildung (Kategorie D) gesammelt werden, zum Beispiel erhalten Sie für das Durcharbeiten des Fachartikels „Neues aus der Allgemeinmedizin“ von Dr. Lothar Schmittiel mit nachfolgender richtiger Beantwortung folgende Punkte (Lernerfolgskontrolle muss komplett beantwortet sein):

zwei Punkte bei sieben richtigen Antworten, drei Punkte bei zehn richtigen Antworten.

Fortbildungspunkte können in jeder Ausgabe des *Bayerischen Ärzteblattes* auch online

erworben werden. Den aktuellen Fragebogen und weitere Informationen finden Sie unter www.blaek.de/online/fortbildung oder www.blaek.de (Rubrik *Ärztblatt/Online-Fortbildung*).

Unleserliche Fragebögen können nicht berücksichtigt werden. Grundsätzlich ist nur eine Antwort pro Frage richtig. Die richtigen Antworten erscheinen in der Juli/August-Ausgabe des *Bayerischen Ärzteblattes*.

Füllen Sie das Fragen-Antwortfeld

- online aus – www.blaek.de/online/fortbildung oder www.blaek.de (Rubrik *Ärztblatt/Online-Fortbildung*) oder
- schicken Sie den Fragebogen zusammen mit einem frankierten Rückumschlag an: Bayerische Landesärztekammer, Redaktion *Bayerisches Ärzteblatt*, Mühlbaurstraße 16, 81677 München oder
- faxen Sie ihn an die Nummer 089 4147-202.

Einsendeschluss ist der 20. August 2008.



ENGAGEMENT FÜR DIE ZUKUNFT

BAYERN-LEASING fördert Kindermannschaften bei Leichtathletik und Fußball. Ebenfalls engagiert sich **BAYERN-LEASING** sozial für Kinder in der Dritten Welt. Mit World Vision wurde ein Partner gewählt, der seit über 50 Jahren in der Entwicklungshilfe tätig ist. **BAYERN-LEASING** leistet mit Kinderpatenschaften in Afrika einen wichtigen Beitrag in der Entwicklungshilfe.

Leasing-Finanzierungen für mobile Wirtschaftsgüter

JETZT
Leasing-Finanzierungsangebot online anfordern

PKW Leasing	Transporter Leasing	LKW Leasing
Maschinen Leasing	Medizinische Geräte Leasing	Vertriebsleasing



BAYERN-LEASING.de

Die schnelle und einfache Finanzierungslösung für Mittelständler. Wir entscheiden über Leasing-Finanzierungen bis 100.000 € mit wenig Unterlagen innerhalb eines Tages.

Auch per Fax möglich:

LEASING-FINANZIERUNGS-ANGEBOT ANFORDERN

Einfach kopieren, ausfüllen und per Fax an
Fax 089/94 55 22-20

Wir planen folgende Investitionen und bitten unverbindlich um ein Leasing-Finanzierungsangebot.

Fahrzeuge/Maschinen IT/Medizinische Geräte Liefertermin

Anschaffungswert EUR ohne MwSt

Unsere Anschrift/Stempel

Telefon

Zuständig: Frau/Herr

Fax

BAYERN-LEASING GMBH
Erdinger Landstraße 14
85609 München-Aschheim

Mehr Information und Beratung
☎ 089-9455220