

Leserbriefe

Gedanken zu Statistik, Screening und Geld



Ein Vorwurf, der uns Ärztinnen und Ärzten in jüngster Zeit immer öfter gemacht wird, lautet, wir arbeiteten nicht genügend kostenbewusst. Wir sollten das vorhandene Geld gezielter zugunsten unsrer Patientinnen einsetzen.

In Zusammenhang mit dieser Frage habe ich über *Screening* nachgedacht. Diese «Reihenuntersuchungen bei Gesunden» sind besonders kostspielig, da sie sehr häufig angewendet werden (Mengenausweitung) – eben als Reihenuntersuchung ohne jede Einschränkung. Nun ist mir vor kurzer Zeit ein Buch in die Hände gefallen, das sich speziell mit diesem Thema befasst: «*Das Einmaleins der Skepsis*» von Gerd Gigerenzer im Berliner Taschenbuch-Verlag (ISBN 3-8333-0041-8). Der Autor ist Psychologe und heute Direktor des Max-Planck-Institutes in Berlin. Er schildert darin den Unterschied zwischen der relativen und der absoluten Risikoreduktion. Die erstere Form kennen wir von den Statistiken der Pharmaindustrie. Die Zahlen sind meistens sehr eindrucksvoll, ohne weitere Angaben jedoch kaum zu verstehen. Die letztere ist dann meistens viel ernüchternder. Zum Greifen nahe und selbst für einen Mediziner verständlich sind dann die Begriffe der Anzahl notwendiger Behandlungen und die Erhöhung der Lebenserwartung.

Aus den vielen, spannenden, praktischen, im Buch geschilderten Beispielen will ich nur zwei hervorheben, die für uns Grundversorger von Bedeutung sind:

Brustkrebs-Screening: Von 1000 Frauen, die an einem solchen Screening teilnehmen, sterben innerhalb von 10 Jahren 3 an einem Brustkrebs. Aus dem Kollektiv der Frauen, die nicht an einer solchen Reihenuntersuchung teilnehmen, sterben in der gleichen Zeit 4 an Brustkrebs. Die relative Risikoreduktion beträgt 25%, was eindrucklich erscheint, in Tat und Wahrheit aber doch dürftig ist. Es müssen

also 1000 Frauen in der Altersklasse zwischen 50 und 69 während 10 Jahren an diesem Screening teilnehmen, damit ein Todesfall verhindert werden kann. Anders ausgedrückt: Die mittlere Lebenserwartung ist bei Teilnahme am Mammographie-Screening um 12 Tage höher.

Primärprophylaxe der Hypercholesterinämie: Die absolute Risikoreduktion mit Pravastatin bei Patienten mit erhöhten Blutcholesterinwerten, die noch keine Gefässschäden aufweisen: Unter einer solchen Therapie können die Todesfälle an Herzinfarkt von 41 auf 32 pro 1000 Patientinnen gesenkt werden. Die absolute Risikoreduktion beträgt also 9 Fälle auf 1000 oder 0,9%. Die relative Reduktion mit den gleichen Zahlen beträgt sage und schreibe 22%! Die Anzahl der notwendigen Behandlungen: Es müssen 111 Patientinnen während 5 Jahren regelmäßig einen Cholesterinsenker einnehmen, damit ein Menschenleben gerettet werden kann!

Ähnliche Zahlen habe ich bereits im Buch «*Kritik der medizinischen Vernunft*» von Dr. Johannes G. Schmidt (1994 im Verlag Kirchheim, Mainz, erschienen) gefunden. Ich habe mich schon damals gewundert, weshalb diese Veröffentlichungen nicht die Welt der Medizin auf den Kopf gestellt haben.

Mit diesen beiden Zahlenbeispielen möchte ich die Frage verbinden: Wie sinnvoll sind solche Screening-Massnahmen (z.B. Mammographie) bzw. therapeutische Interventionen (Cholesterinsenkung) bei einem Gesundheitsbudget, das aus allen Nähten platzt?

Ich hoffe, mit dieser Vorgabe eine Diskussion auszulösen.

Dr. med. Rolf Heimann, 2520 La Neuveville

Facharztprüfung für Allgemeinmedizin am 6.5.2004



Da treffen wir uns in Bern, die meisten von uns mehr als 10 Jahre nach dem Staatsexamen und bereits einige Berufserfahrung auf dem Buckel, einige bereits seit geraumer Zeit in einer Allgemeinpraxis tätig. «Nie mehr eine Prüfung!» habe ich mir 1989 nach dem Staatsexamen geschworen. Aber nix da, man bildet sich ja weiter ... Nachdem ich allerdings meinen Fähigkeitsausweis für Akupunktur nach den entsprechenden Prüfungen in der Hand hatte, habe ich mir dasselbe noch mal geschworen. Und jetzt das hier ...

Wenn ich mich nur gezielt hätte vorbereiten können! Eigentlich hatte ich immer den Eindruck, mich so gut wie nur möglich auf die Arbeit in einer Allgemeinpraxis eingestellt zu haben: Nach meinem Staatsexamen in Deutschland bin ich «dem Ruf der Liebe» in die Schweiz gefolgt, fasziniert von die hiesigen System: jedes Jahr in einer anderen Klinik, d.h. nicht nur eine Vielfalt an Fachrichtungen, sondern auch an Betrieben, Chefärzten, Oberärzten Kollegen, Meinungen ... Optimal, um sich ein breites Bild von Vorgehensweisen in der Medizin zu machen und den eigenen Weg zu finden. Gut, machen wir uns nichts vor! Es war trotzdem schwierig, wenn nicht unmöglich, in den wirklich interessanten kleineren Fächern eine Stelle zu finden: Pädiatrie z.B. – hoffnungslos! Oder Psychiatrie: Meistens sind «1–2 Jahre Erfahrung in der Psychiatrie» wenn nicht gar «mindestens Beginn einer Psychotherapeutischen Ausbildung» gefragt. Gut, dann muss man halt vieles aus den Büchern lernen. Aber Moment! Das wurde ich doch in dieser Form alles schon geprüft. In dieser Form? Nein! Die Facharztprüfung für Allgemeinmedizin läuft anders! Praxisnah! «Stellen Sie sich vor, Sie sitzen in Ihrer Praxis und der Patient / die Patientin kommt mit der folgenden Frage / Beschwerde!» «Super!», dachte ich am An-

fang, «Endlich mal eine Prüfung, bei der man sich wirklich dafür interessiert, wie ich arbeite und auf diese Art sehen will, ob ich zur Allgemeinmedizinerin geeignet bin!»

Aber dann der Schreck: Haufenweise Fragen aus kleinen Fächern wie Pädiatrie (Kinder habe ich ausser meinem eigenen zuletzt im Wahlstudienjahr gesehen), Orthopädie! Wo sind die 80% Innere Medizin, aus der die Allgemeinmedizin besteht? Und in der Praxis benutze ich Kompendien, Checklisten, Antibiotika-Fibeln, die mir plötzlich gefehlt haben. Mir kam es vor, als seien alle «schrecklichen Fälle» (andererseits ja auch die interessantesten Fälle) auf einmal gekommen. Und die Fragen gingen so bis ins hinterletzte Detail, Sachen, die ich in der Realität erst nach zwei Konsultationen oder später wissen muss und ich inzwischen Zeit hatte zum Nachdenken und

mich informieren: 28 Fälle mit ca. 80 Fragen innerhalb von 3 Stunden! Zum ersten Mal in meinem Leben geriet ich bei einer Prüfung in Zeitnot!

Und wenn ich dann Kollegen von den Fragen erzähle, raufen sich alle die Haare und sind froh, dass sie solch eine Prüfung nie machen mussten. Zugegeben, etwas Neid kommt da schon auf! Ihr «Alten» hattet's schon gut! Damals gab's noch gute Ausbildungsstellen, genug Praxen ... Aber ihr habt ein Problem: Wie soll denn da der «qualifizierte Nachwuchs» kommen, der euch u.a. bei den lästigen Notfalldiensten unterstützt, wenn eben dieser Nachwuchs sich Jahr für Jahr durch eine Prüfung quälen muss, die konzipiert wurde, bevor es überhaupt ein Ausbildungskonzept dafür gibt und über die einem nicht einmal die Prüfungskommission sagen kann, wie man sich darauf vorbereiten soll. 10 Jahre Praxiserfahrung,

zweifellos die beste Vorbereitung, kann ich nun mal nicht vorweisen! Aber wer weiss, am Ende vielleicht ja doch!

Übrigens: 2003 bin ich durch die Prüfung durchgefallen! 5 von 155 Punkten haben mir gefehlt. Hoffen wir diesmal das Beste, aber auch wenn' s geklappt hat: Das ändert nichts am Problem! Daher mein Aufruf an die SGAM: Schaut euch diese Prüfung noch mal an! Immerhin geht es um uns, d.h. eure Mitglieder und Kollegen!

med. pract. Eva Kaiser, 4102 Binningen

Anmerkung der Redaktion: Eine mehrteilige Artikelserie zur Facharztprüfung war bereits geplant, als dieser Leserbrief in der Redaktion eintraf. Sie wird sich mit Erfahrungen und Fragen rund um die FAP befassen.