

Schilddrüse: Überdiagnostik großes Problem

Betreff: „Die meisten Strumen können Sie ertasten“, HA7, 20.4.18, S. 42f

Leider gibt es wieder einen Artikel (s.o.), für den ich mich bei unseren Mitgliedern entschuldigen muss. Bei der Struma ist das Problem der Überdiagnostik weit größer als das der übersehenen Diagnose. Der Artikel spiegelt die kritische Datenlage nicht im geringsten wider und erweckt sehr den Eindruck, dass hier wieder die Pharmaindustrie Pate stand.

Die US Preventive Services Task Force rät eindrücklich vom Screening der Schilddrüse ab, einschließlich der Palpation, da sie mehr Leid als Nutzen für den Patienten bringt. Drei einfache Fragen bringen niemanden auf die Spur von Schilddrüsenfunktionsstörungen (unsichere Symptome, Colorado Studie), sondern kreieren viele neue Pseudopatien-ten.

Selbst die aktuellen europäischen Leitlinien raten vom Sono-Screening ab und nicht nur bei Älteren. Die Verbindung von unspezifischen Beschwerden mit ungenauen TSH-Werten geht völlig an der aktuellen Diskussion vorbei, suggeriert sie doch, dass irgendwie die Schilddrüse schon an möglichen Leistungsmin-derungen beteiligt sein wird.

Wir wissen alles über die fragwürdigen Ergebnisse der LISA-Studie (Verkleinerung der Knoten im Schnitt um 17,4 Prozent, Knotenwachstum wird

aber mit einer Volumenzunahme von 50 Prozent definiert: keinerlei klinische Relevanz, aber hohe Gefahr der Überdosierung, langfristig sechs Prozent, mit Steigerung des Arrhythmierisikos und Gefahr des akuten Herztodes). Während ärztliche Fortbildungen u.a. vom IHF diese Behandlung stark kritisieren, wird sie in diesem Artikel unkritisch als Therapieoption angeboten.

Das Problem der häufigen SD-Op in Deutschland ist vielschichtig. Für eine ernste Kritik bietet dieser Artikel zu wenig Substanz. Dieser Artikel ist schwer erträglich. Für den dummen Hausarzt wird er schon reichen. So bringen wir unseren Berufsstand wirklich um jede Glaubwürdigkeit.

Dr. Henning Harder, 2. Vorsitzender Hausärzterverband Hamburg

Fernbehandlung – quovadis, Hausarzt?

Betreff: Diskussionen um Fernbehandlung; u.a. in HA 8, 3, 1/2018

Der Deutsche Ärztetag befasst sich dieses Jahr (wieder) mit dem Thema „Fernbehandlung“, ein uninteressantes Thema oder vielleicht doch nicht? Es berührt gerade uns Hausärzte, denn es geht um die Erstbehandlung, die Basisbehandlung, die eigentlich unsere ureigenste Sache ist. Eine ausschließliche Fernbehandlung ohne jeden persönlichen Kontakt, deklariert als schwammiger „Einzelfall“, wird wohl bei den Abgeordneten des 121. Deutschen Ärztetags in Erfurt ei-

ne Mehrheit finden, Schleswig-Holstein ist schon vorgeprescht. Was hat das für Folgen?

Die „sprechende Medizin“, die wir so hoch loben und besser bezahlt wissen wollen, bekommt mit der Fernbehandlung eine ganz andere Bedeutung. Wir haben uns gewundert, dass die Telemedizin bei der Aufnahme in den EBM so miserabel vergütet und damit unattraktiv gemacht wurde. Das ist aber kein Betriebsunfall, sondern volle Absicht gewesen. Denn es stehen bereits Konzerne in den Startlöchern, die hier eine 24-Stunden-Hotline zu Dumpingpreisen einrichten wollen – es fehlt nur noch die Genehmigung zur ausschließlichen Fernbehandlung. Und was dann ein „Einzelfall“ ist, werden wohl die Juristen entscheiden.

Fernberatung machen wir schon immer, seit es das Telefon gibt. Und ich bin sicher nicht der einzige Arzt, der aus der Bekanntschaft und Verwandtschaft über WhatsApp Fotos von zum Teil intimen Körperbereichen erhält mit der Frage „Was ist das?“. Hier geht es aber um anonyme Fernbehandlung, das heißt der Arzt kennt den Patienten nicht, genauso auch der Patient den Arzt nicht und trotzdem darf eine Behandlung wie bei einem Direktkontakt in unseren Praxen erfolgen! Stellen Sie sich folgendes Szenario vor: Ein „Patient“ liegt am Strand von Mallorca und meldet sich bei der Arzt-Hotline und sagt, er brauche wegen Magen-Darm-Grippe eine Woche Krankschreibung. Man möge die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Schreiben Sie uns! Anregungen, Lob oder Kritik:
info@medizinundmedien.eu
Postadresse siehe Impressum





doch gleich dem Chef und der Krankenkasse zuschicken. Ist so eine Service-Mentalität unrealistisch? Ich fürchte nein. Von der Patientenseite aus gesehen ist das doch ein großer Fortschritt! Jetzt komme ich aber erst zu meinem eigentlichen Thema. Die Fernbehandlung ist meines Erachtens nämlich nur der Türöffner, der erste Schritt zu einem viel größeren Komplex, der uns erwartet und um den es eigentlich geht. Manche kennen vielleicht den „Turing-Test“. Er besagt, wenn ein Mensch nicht mehr unterscheiden kann, ob am anderen Ende der Leitung auch ein Mensch sitzt oder ein Computer steht, dann handelt es sich um eine Künstliche Intelligenz (KI). Die Anfänge sehen wir mit Alexa und Siri, sie entwickeln sich rasant weiter. Die KI macht vor der Medizin nicht halt. Teilbereiche sind heute schon betroffen: Die Auswertung einer Mammographie durch ein Computerprogramm ist verlässlicher als durch den Radiologen, und natürlich viel schneller und preisgünstiger. Wie viele Radiologen brauchen wir noch in der Zukunft? Ich glaube, die Krankenkassen haben schon längst begriffen, was für ein Potenzial in der Erstberatung, Erstbehandlung und Patientensteuerung aus der Ferne durch ein gutes Computerprogramm, eine Künstliche Intelligenz steckt. Der Ärztemangel, vor allem bei den Hausärzten auf dem Land, könnte dadurch elegant und vor allem kostengünstig gelöst werden. Die Computer werden selbstverständlich nicht bei uns, sondern bei den Krankenkassen stehen. Ein guter Teil der medizinischen Erstver-

Fotos: M.Doerr & M.Frommherz GbR - Fotolia

sorgung könnte so erfolgen, der „Rest“ – nach Entscheidung des Computers – wird dann in der Hausarztpraxis weiterbehandelt. Wir haben plötzlich auch ein „ausgewähltes Krank-

heitsgut“, da müssen wir unser Selbstverständnis neu definieren! Die Frage der Haftung wird schwierig. Beispiel: Ein Patient mit Bauchschmerzen, Übelkeit wird als „ungefährliches Krankheitsbild“ eingestuft und stirbt Stunden später an einem Herzinfarkt. Ein Arzt im Notdienst heute müsste sicher mit einer Anzeige rechnen. Bei einer anonymen Hotline aus dem Ausland: Wen wird man da belangen können? Und wenn es eine Künstliche Intelligenz entschieden hat, ist dann der Programmierer schuld oder die Krankenkasse als Eigentümerin? Ich denke, die Diskussion über diese Dinge sollte sich nicht darin erschöpfen, ob das alles so kommt, sondern darin bestehen, wie wir damit umgehen können und wie wir uns weiterhin in diesem Umfeld als Hausärzte behaupten können. **Fazit:** Die Digitalisierung wird unseren Beruf, wie so viele andere Berufe auch, stärker verändern, als wir uns das heute vorstellen können! Wichtig ist, dass wir uns nicht überrollen lassen, sondern dass wir diese Zukunft aktiv mitgestalten. Damit auch in Zukunft da, wo Hausarzt draufsteht, wirklich Hausarzt drin ist!

*Dr. Reinhard Hochstetter, 3. Vorstand
Bezirk Ostwestfalen, Hausärzterverband
Westfalen-Lippe, Rietberg*

Spezifische Therapien, je nach Diagnose

Betreff: „Akuter Schwindel“, HA7, 20.4.18, S. 49f



Ergänzend erinnere ich noch an das Vermeiden von Schwindel auslösenden Nahrungsmitteln (...). Ab dem 48. Lebensjahr litt ich – Nichtraucher, ohne Alkohol, ohne Rauschgift – (bei diversen HNO-Untersuchungen/Therapien u.a. auch mit Vasomotal) ca. 30 Jahre lang mehrmals jährlich unter Meniere-Anfällen, beginnend mit beidseitigem Ohrdruck (immer ohne Tinnitus), mit anschließendem Nystagmus, Drehschwindel und heftigem, etwa halbstündigem Erbrechen, Versagen der Beine und – wie sich später herausstellte – nach dem Genuss folgender Nahrungsmittel, speziell Früchte und Gemüse: frische rote Johannisbeeren, Ravioli in Tomatensauce (...), Himbeersaft, gekochter Spargel und (...) Gurke (...). Erst nach Vermeiden dieser von mir vermuteten Auslöser hatte ich jahrelang keinen solchen Meniere-Anfall mehr. (...)

*Dr. Dieter Feldmann,
Allgemeinarzt i.R., Bad Lauterberg*

