

Johannes G. Schmidt

Erfolgsnachweis in der Allgemeinmedizin

Arzt für Allgemein-
medizin, Klinische
Epidemiologie

**Eine Erfolgs-
beurteilung im
üblichen Sinne
ist in der Allge-
meinmedizin
nicht möglich**

Die folgenden Überlegungen haben einen sehr vorläufigen Charakter. Obwohl der Autor nicht nur Allgemeinpraktiker, sondern auch gleichzeitig Klinischer Epidemiologe ist, erzeugt das Thema Erfolgsnachweis in der Allgemeinmedizin Verlegenheit. Dies hat damit zu tun, daß eine Erfolgskontrolle im üblichen wissenschaftlichen Sinn (Standard: Randomisiert kontrollierte Studie mit erfolgreicher Ausschaltung von biases [bias, engl. = Fehlerquelle]) mindestens in der Einzelpraxis gar nicht praktikabel ist, aber auch – und dies scheint besonders wichtig – nur beschränkt Handlungsanweisungen für die einzelnen Patienten liefern kann. Denn auch eine »Endpunkt«-Evaluation an größeren multizentrischen Kollektiven ist nämlich für die am einzelnen Patienten orientierte Praxis höchst problematisch und oft eher willkürlich und sogar irreführend. Was bedeutet denn schon beispielsweise der Endpunkt »Erfassung und Kontrolle der Hypertonie« oder etwa »durchschnittlicher Peak-Flow« als Erfolgsmaß für Asthmapatienten? Daß Spezialfächer mehr

forschen als die Allgemeinmedizin, hat teilweise sicher damit zu tun, daß es ihnen leicht fällt, so grob vereinfachende Fragestellungen zu formulieren. Dies ist nicht von vornherein »wissenschaftlicher«. In der Allgemeinmedizin ist auf jeden Fall immer eine *praktisch* sinnvolle Fragestellung bezüglich des Erfolgs wichtig. Was soll überhaupt erreicht werden? Aus diesem Grund scheinen auch die in Mode gekommenen »Qualitätskontrollen« häufig eher belanglos und willkürlich und deshalb nicht geeignet, das Thema des Erfolgsnachweises in der Praxis abzudecken. Die Überprüfung leicht meßbarer Kriterien ist relativ einfach, aber fast regelmäßig auch nur bedingt relevant.

Relevante Ergebnis-Evaluation ist deshalb in der Praxis äußerst schwierig. Einen Ausweg bieten könnte teilweise eine sogenannte Prozeß-Evaluation. Nicht am Ergebnis, sondern am Ablauf des Entscheidungsfindungs-Prozesses wird dabei der Erfolg festgemacht. Eine Prozeß-Evaluation gälte es allerdings erst zu entwickeln, und diese müßte einhergehen mit einem neuen Paradigma der Allgemeinmedizin (realistische und bewußte »Abwägungs-Medizin« in bezug auf eine individuell abgestimmte Zielsetzung). Da hinein gehörten sicherlich fundierte Kenntnisse von möglichen biases in Beobachtungen bzw. Erfahrungen sowie fundierte Kenntnisse des Gewichts der an einem Krankheitsverlauf bzw. Genesungsprozeß beteiligten Faktoren.

Zum Inhalt

Klinische Beobachtungen sind vielfältigen Fallstricken (biases) unterworfen, und eine Aussage, die für eine größere Gruppe zutrifft, kann im Einzelfall dennoch bedeutungslos oder gar irreführend sein. Nur in wenigen Fällen (Beispiel Raucher-Entwöhnung) läßt sich praktisch unbestrittener Erfolg in der Praxis direkt messen. Ein geeigneteres Erfolgs-Maß ist möglicherweise die Güte des Entscheidungs-Prozesses. Dies erfordert eher eine Prozeß-Evaluation als eine Ergebnis-Evaluation. Voraussetzung sind allerdings eine Abkehr von der vorherrschenden »Schablonen-Medizin« und ein Verständnis der Allgemeinmedizin als eine pragmatische und bewußte »Abwägungs-Medizin«. Da hinein gehören fundierte Kenntnisse des Gewichts der an einem Krankheitsverlauf bzw. Genesungsprozeß beteiligten Faktoren. Ein Leitkriterium sollte dabei immer die Lebensqualität insgesamt sein.

Wissenschaftlichkeit und Statistik

Es sollte von vornherein klargestellt sein, daß statistische Rituale in der Auswertung »wissenschaftlicher Daten« noch lange keinen methodisch validen Erfolgsnachweis ausmachen können. Methodisch brauchbare Statistik, welche immer nach möglichen biases in beobachtbaren und dokumentierbaren statistischen Zusammenhängen fragt, ist ja in den meisten wissenschaftlichen Publikationen, die heute meist aus Kliniken und nicht aus der Praxis stam-

men, noch lange keine Selbstverständlichkeit. Dennoch ist natürlich die Verwendung von »Statistik« wichtig, denn jegliche Orientierung an eigenen Erfahrungen ist letztlich eine *statische* Auswertung eigener Fälle.

Ein Verständnis von Möglichkeit und Grenzen statistischer Methodik ist dabei jedoch notwendig.

Beispiel Rhythmusstörung:

Die Beobachtung, wonach gut kontrollierte Rhythmusstörungen nach Herzinfarkt mit einer deutlich besseren Prognose verbunden sind als schlecht kontrollierte, dürfte sich gelegentlich innerhalb einer einzelnen Praxis nachvollziehen lassen (wie es auch in großen Beobachtungsstudien belegt ist). Eine erfolgreiche medikamentöse Arrhythmie-Kontrolle könnte deshalb als Therapieerfolg gewertet werden, zumal ja solche Patienten in der Regel auch mehrere Jahre überleben. Sogar die »Statistik« einer einzelnen Praxis könnte hier somit einen Erfolg der Extrasystolie-Behandlungen nahelegen. Erst die Kenntnis und Berücksichtigung von möglichen Fehlerquellen solcher Beobachtungen wird diese Schlußfolgerung nicht mehr zulassen. Diese Beobachtung läßt nämlich völlig offen, ob die therapeutische Wirkung des Antiarrhythmikums oder das gute Ansprechen des Patienten auf das Medikament als Ausdruck einer vergleichsweise leichteren Herzerkrankung die gute Prognose bestimmen. Tatsächlich zeigen dann auch *kontrollierte* Studien, daß Antiarrhythmika die Mortalität zum Teil deutlich erhöhen, auch wenn die Rhythmusstörung im EKG behoben wird. Gelingt es uns also, eine Rhythmusstörung »erfolgreich« zu behandeln, so bedeutet dies nur, daß der Patient eine relativ leichte Herzerkrankung aufweist, jedoch keineswegs, daß wir ihn selbst erfolgreich behandelt haben; unsere scheinbar erfolgreiche Behandlung bringt ihn nämlich eher früher ins Grab. Wir dürfen uns also nicht vom günstigen Spontanverlauf der guten Therapie-Responder täuschen lassen.

Ob ein Zusammenhang zwischen einer erfolgreich erscheinenden Therapie und einer guten Prognose nun aus größeren »wissenschaftlichen« Studien oder aus einer kleinen Zahl von Fällen aus der eigenen Praxis stammt, ist gar nicht entscheidend, wenn die statistischen Fallstricke bei einer vorschnellen Folgerung eines kausalen Zusammenhangs nicht erkannt werden. Querschnitts-Untersuchungen sind häufig, wenn nicht regelmäßig von Selektions-Effekten und anderen Störfaktoren begleitet (im Beispiel der »therapy response bias«).

Entscheidend für die Allgemeinmedizin bzw. für eine pragmatische Medizin ist ein weiterer Aspekt der Statistik, nämlich die der Größe der Untersuchungs-Population. Ein wahrer Unterschied läßt sich in kleinen Studien oft nicht beobachten, weil der Zufalls-Effekt größer ist als die untersuchte Therapie-Wirkung, und diese »im Geräuschpegel des Zufalls« untergehen läßt. Deshalb sind oft sehr große Studien notwendig, um die Wirkung einzelner Therapie-Faktoren sichtbar zu machen, d. h. statistisch signifikante Unterschiede aufzuzeigen. »Statistisch signifikant« wird jedoch häufig völlig unkritisch mit »wissenschaftlich erwiesen« bzw. mit »Nutzen gesichert« gleichgesetzt.

Obwohl statistisch signifikante Wirkungen oft nur in wissenschaftlichen Studien größerer Kliniken aufzuzeigen sind, ist damit nicht ein unbedingter Standard für die pragmatische Medizin geschaffen.

Beispiel Chemotherapie:

Gemäß großen Studien ist die adjuvante Chemotherapie beim Mammakarzinom »erfolgreich«, die 10-Jahres-Überlebensrate ist (je nach Stadium) absolut etwa 10% höher (d. h. 60 statt 50%). Konkret *könnten* sich z. B. hinter diesem »Gesamtresultat« etwa folgende Wirkungen verbergen: 30% sterben unter der Behandlung früher, 30% erfahren keine Veränderung und 40% leben länger. Diese Wirkung ist statistisch signifikant, denn die entsprechenden Studien umfassen mehrere tausend Frauen. Was bedeutet denn für eine Brustkrebspatientin ein Unterschied, der sich erst bei der Beobachtung von über 1000 Frauen manifestiert? Die Therapie könnte ihr persönlich schaden, jedoch mit einer etwas größeren Wahrscheinlichkeit auch nützen. Auf jeden Fall würde sie über mehrere Monate unangenehme Therapie-Nebenwirkungen in Kauf nehmen müssen. Hat sie sowieso Glück, überlebt sie auch ohne diese Therapie, hat sie sowieso Pech, stirbt sie trotz Therapie. Zudem ist mindestens im Fall eines Krebs-Frühd Stadiums die Wahrscheinlichkeit, nicht am Karzinom, sondern an anderen Ursachen zu sterben (»kompetitive Mortalität«), ohnehin deutlich größer. Diese Betrachtung widerlegt nicht den möglichen Nutzen einer adjuvanten Chemotherapie, relativiert ihn jedoch. Abhängig von der Gesamtsituation und den individuellen Entscheidungen einer Patientin könnte auf die Chemotherapie ohne weiteres verzichtet werden.

Es wäre deshalb keineswegs unwissenschaftliche Medizin oder Scharlatanerie, würde ein Arzt einer Frau beispielsweise eher Meditation statt adjuvanter Chemotherapie anraten, falls die Lebensqualität dieser Patientin sich dadurch dann auch tatsächlich faßbar bessert

Ein Verständnis von Möglichkeiten und Grenzen statistischer Methodik ist auch für den Allgemeinmediziner notwendig

»Statistisch signifikant« wird häufig völlig unkritisch auch mit »Nutzen gesichert« gleichgesetzt

Aus einer bestimmten Diagnose kann – je nach Zielsetzung und Möglichkeiten – legitimerweise unterschiedliches ärztliches Handeln resultieren

»Wissenschaftlich gesicherte« Therapie-Erfolge können für eine pragmatische Medizin manchmal belanglos sein

(man kann natürlich auch beides zusammen anraten). Wir können nicht verkennen, daß das aus einer bestimmten Krankheitsdiagnose entstehende Handeln je nach Zielsetzung und therapeutischem Angebot des Arztes legitimerweise völlig verschieden aussehen kann.

Somit können »wissenschaftlich gesicherte« Therapie-Erfolge für eine pragmatische Medizin manchmal belanglos sein. Andererseits können auch wissenschaftlich noch wenig gesicherte, jedoch in ihrer Konsistenz und Reproduzierbarkeit erfolgreich erscheinende Erfahrungen eines einzelnen Arztes manchmal auch als Erfolgsnachweis gewertet werden. Entscheidend ist dabei allerdings, daß dieser Erfolgsnachweis als Arbeitshypothese verstanden wird (und daß solche Beobachtungen frei von den oben erwähnten biases sind).

Ein Faktor spielt für die Überprüfbarkeit von Erfolg in der Praxis eine entscheidende Rolle: Sind Behandlung und Erfolg zeitlich nahe beieinander, beispielsweise bei der Behandlung einer Ischialgie, ist eine Erfolgskontrolle in der Praxis selbst eher möglich. Wird jedoch ein Mammakarzinom behandelt, so sind in der Regel nicht die Beschwerden und die Palliation im Vordergrund, sondern die Behandlung wird durch eine tertiärpräventive Idee der Kuration geleitet. Dieser Erfolg kann dabei erst nach Jahren gesehen werden. Dies verunmöglicht eine Erfolgsbeurteilung in der Praxis außerhalb großer kontrollierter Studien von vornherein.

Was ist »Erfolg« der Medizin?

Bevor eine Erörterung von Nachweismöglichkeiten von Erfolg in der Allgemeinmedizin überhaupt möglich ist, muß die Frage nach der Zielsetzung und möglichen Zielkonflikten ärztlichen Handelns in der Allgemeinmedizin gestellt werden.

Welches Ziel soll denn erreicht werden? Zufriedenheit des Patienten? Selbstzufriedenheit? Ärztliches Handeln nach dem Stand der Kunst (die doch heute von der eher reduktionistischen Wahrnehmung der großen Kliniken dominiert wird) oder gar ärztliches Handeln in einem umfassenden systemischen Sinn, welche Symptome als Sprache des Körpers und Aufforderung für menschliche Reifeprozesse versteht?

Wie bereits erwähnt, geht eine »erfolgreiche« Arrhythmie-Behandlung, die sich am EKG orientiert, ja von vornherein von einer falschen

Fragestellung aus. Mindestens für den asymptotischen Patienten zählt ja nicht das EKG, sondern die Mortalität und allfällige Beschwerden. Dem an der gesamten Situation eines Patienten orientierten Allgemeinmediziner liegt es viel näher, Vor- und Nachteile einer Intervention und deren Abhängigkeit vom Gesamtprofil eines Patienten zu analysieren. Der Spezialist darf teilweise seine neuen Erkenntnisse überenthusiastisch interpretieren. Deren Tauglichkeit und Relevanz für die Praxis muß jedoch die Allgemeinmedizin beurteilen. Heute gültige klinische Erfolgskriterien sind von der pragmatischen Medizin erst einmal zu hinterfragen.

Die Frage des Erfolgs – Erfolgskriterien – sind vielleicht nicht radikal genug zu hinterfragen. So kann es beispielsweise als Erfolg gewertet werden, wenn eine Patientin mit okkultem Mammakarzinom an anderer Ursache stirbt, ohne daß vom Hausarzt eine Diagnosestellung dieses Mammakarzinoms – trotz verdächtiger Anzeichen – herbeigeführt worden ist. Die Patientin hat von dieser erfolgreichen Nicht-Diagnose profitiert. Dennoch wird konventionellerweise das (bewußte oder unbewußte) Übersehen einer solchen Diagnose als Mißerfolg gewertet. Entscheidend wäre das Erkennen, Quantifizieren und Abwägen von Vor- und Nachteilen, d. h. eine Quantifizierung von Vor- und Nachteil einer Früherkennung versus einer Späterkennung des Mammakarzinoms. Detaillierte, solcherart quantifizierende Analysen der Mammakarzinom-Vorsorge liegen vor. Daraus ist ersichtlich, daß das Risiko einer unnötigen Karzinomdiagnose durch die systematische Früherkennung rund zehnfach größer ist als die Chance, von der Früherkennung in Form einer Heilung bzw. Hinausschiebung des Krebstodes zu profitieren. Eine unnötige Krebsdiagnose meint das Faktum, daß eine ganze Reihe von Karzinomen lebenslänglich schlummern und erst in der Autopsie (als »Späterkennung«) sozusagen manifest werden. Eine Früherkennung kann deshalb »unnötige« Krebsdiagnosen erzeugen. Mißt man beispielsweise nur die durchschnittliche Karzinomgröße als Erfolgskriterium seiner Praxis, könnte dies ein Scheinerfolg sein. Entscheidend ist womöglich die subtile Gratwanderung zwischen Nutzen einer Früherkennung in gewissen Fällen und Nutzen einer Späterkennung in anderen Fällen (beispielsweise in Abhängigkeit von Familienanamnese, Altersgruppe, Sozialschicht etc.).

Auf die Frage der Erfolgskriterien bei präventiv orientierten Behandlungen geht auch

Wollen wir den »Erfolg« beurteilen, so müssen wir uns über die Zielsetzung im klaren sein

der Aufsatz von Harald Abholz in diesem Heft ein (s. S. 725). Auch hier kann ein Widerspruch zwischen einer auf Abwägen und Gewichten bedachten Allgemeinmedizin und einer oft praxisfremden Theorie- und Konzeptbildung von Spezialisten gesehen werden. So ist beispielsweise die gegenwärtig praktizierte Erfolgskontrolle anhand der Blutdruck- und Cholesterinmeßwerte sehr problematisch. Wichtig wären hier möglicherweise umfassendere Erhebungen der Lebensqualität der Patienten. Wichtig wäre ein Verständnis der Größenordnung des präventiven Nutzens mit z. B. der Frage: Darf eine dauernde Lebensqualitäts-Beeinflussung in Kauf genommen werden bei einem im Einzelfall recht geringen und eher theoretischen Behandlungsnutzen? Eine Erfolgsbeurteilung an einem einzelnen Parameter scheint auch hier sicher falsch. Wir können nicht Konzepte in die Allgemeinmedizin übernehmen, die sich nur auf ein Organsystem beziehen und die eine mögliche Prävention für Erkrankungen dieses Organs verabsolutieren, ohne diese mit möglichen Nachteilen, welche andere Disziplinen erkennen könnten, in Ausgleich zu bringen. So gibt es auch methodisch sehr gute Berechnungen aufgrund der Daten der Honolulu-Studie, welche eine Zunahme der Gesamtmortalität durch eine bevölkerungsweite Cholesterin-Senkung nahelegen, obschon die Infarktrate dabei zurückgehen würde. Es ist legitim, daß die Kardiologen ihren möglichen Präventions-Beitrag (und damit ihr Fach) in optimistischem Licht darstellen, doch dies kann für eine pragmatische Medizin doch nicht der alleinige Maßstab sein.

Es gilt in diesem Zusammenhang kurz zu erwähnen, daß mögliche fruchtbare Impulse zur Frage der **Erfolgs-Kriterien** heute **aus der Gesundheitsökonomie** kommen. So werden Kriterien wie »intangible benefits« (nicht meßbarer Nutzen) und »utilities« (in etwa: Nutzen außerhalb rein medizinischer Wirkungen) postuliert und auf ihre Reproduzierbarkeit und Aussagekraft empirisch überprüft. Als allumfassendes Maß gelten dann die »quality-adjusted life-years«. Der Vorteil solcher Erfolgskriterien liegt im Zwang, den Netto-Nutzen mit allen seinen oft gegenläufigen Facetten bedenken und definieren zu müssen, während rein medizinische Kriterien (Mortalität, Veränderung von Laborparametern) häufig eine willkürliche Einengung der Fragestellung bedeuten; der Nachteil solcher umfassender Erfolgskriterien besteht natürlich in deren oft schwierigen Objektivierbarkeit und Umsetzbarkeit.

Nicht ein einzelner klinischer Parameter, sondern Lebensqualität sollte – idealerweise – Gradmesser des Erfolges sein

Aus der Gesundheitsökonomie kommen heute mögliche fruchtbare Impulse zur Frage der Erfolgskriterien

Erfolgskontrolle in der Allgemeinmedizin

Es sind auch Beispiele zu nennen, wo eine direkte und relativ einfache Erfolgskontrolle möglich ist. Auch hier gilt allerdings, daß man sich die Erfolgskriterien kritisch überlegt.

Beispiel Raucher:

Die Zahl der Exraucher bezogen auf das Raucherkollektiv einer Allgemeinpraxis kann sicherlich als brauchbares Maß zur Beurteilung des Erfolgs diesbezüglicher präventiver Anstrengungen dienen. Eine solche Erfolgskontrolle drängt sich mindestens dann sogar auf, wenn ein Arzt hier eine präventive Mission wahrnimmt. Denn nur so kann sich ein Arzt ein Bild machen, ob seine Ratschläge und die Art, wie er sie vorbringt, überhaupt wirksam sind. Auch hier muß die Frage nach dem Ziel kurz gestellt werden. Besteht das »Ziel« nur darin, lediglich von Zeit zu Zeit vor dem Rauchen zu warnen, so ist damit vielleicht gar nichts gewonnen. Es könnte ja auch sein, daß damit nur Schuldgefühle und Depressivität aktiviert und ein Abwehrverhalten verstärkt werden, sogar wenn kurzfristig das Rauchen reduziert wird. Ein Erfolg muß sich bei diesem Beispiel deshalb am Langzeitverlauf orientieren. Weiter ist es wahrscheinlich wichtig, daß die Lebensqualität dabei nicht beeinträchtigt, sondern eher gesteigert wird. Würde man sich auf die Zigarettenzahl allein als Erfolgskriterium beschränken, könnte eine bloße Suchtverlagerung (z. B. Eßsucht) als scheinbarer Erfolg verkannt werden. Obwohl sich Änderungen im Rauchverhalten sicher relativ einfach in der Allgemeinpraxis erfassen lassen und als Erfolgskriterien gelten können, muß die Möglichkeit von Verlagerungseffekten bedacht werden. Erst die gleichzeitige Erfassung der Lebensqualität mit Hilfe geeigneter Fragebögen könnte dann einen zuverlässigen Nachweis eines präventiven Erfolges garantieren.

Geeignete Fragebogen-Instrumente zur periodischen Erfassung der Lebensqualität könnten möglicherweise allgemein ein brauchbares Mittel sein zur Erfolgs-Kontrolle in der Praxis.

Vorläufige Schlußfolgerung

In der Praxis kann eine Aussage, die für eine größere untersuchte Gruppe zutrifft, im Einzelfall dennoch unzutreffend sein. Geht eine nachgewiesene nützliche Therapie einem Patienten »gegen den Strich«, so könnte die Therapie insgesamt in diesem Fall negative Auswirkungen haben. Dies trifft insbesondere zu, wenn

»Abwägungs-Medizin« statt »Schablonen-Medizin« würde eine Erfolgsbeurteilung ermöglichen

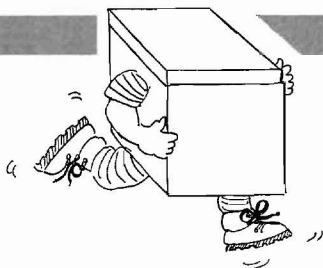
der absolute Therapie-Nutzen klein ist. Hier ist wiederum wichtig, die Größenordnung des Therapienutzens pragmatisch zu werten und entsprechend auch auf eine »nachgewiesen nützliche« Therapie verzichten zu können, wenn andere subjektive Präferenzen bestehen. »Erfolg« entsteht erst, wenn die Behandlung insgesamt etwas nützt.

Der Autor würde dennoch den Schluß wagen, daß eine Erfolgsbeurteilung möglich wäre, wenn statt der unsinnigen standardisierten »Rezept-Medizin« oder »Schablonen-Medizin« in der Allgemeinmedizin eine differenzierte »Abwägungs-Medizin« betrieben würde. In der Wirtschaft werden oft sogenannte »Prozeß-Evaluationen« vorgenommen, welche mehr die Güte des Entscheidungsprozesses als das Resultat selbst bewerten. Ein wichtiges Kriterium

wäre dann sicher die Kenntnis eines Arztes über die quantitative Bedeutung einer Maßnahme, eines kundigen Gewichtens der verschiedenen oft gegensätzlichen Determinanten.

Eine explizite Abwägungs-Medizin müßte in vielen Fragen auch auf Erkenntnisse aus großen Studien zurückgreifen (Beisp. Rhythmusstörungen, Mammakarzinom). Allerdings wäre ein Erfolg des Entscheidungs-Prozesses mindestens teilweise direkt aus der Erfahrung in der Praxis ablesbar, da die Voraussagen einer expliziten Abwägungs-Medizin überprüft werden können. Ein Leitkriterium wäre dann immer wieder die Lebensqualität des Patienten.

Dr. med. Johannes G. Schmidt
Furrenmatte 4
CH-8840 Einsiedeln



Service Box Allgemeinmedizin

Preisausschreiben

Wissenschaftlicher Wettbewerb der ZFA-Zeitschrift für Allgemeinmedizin

Jedes Jahr lädt die ZFA zur Teilnahme am Wissenschaftlichen Wettbewerb ein. Teilnahmebedingungen, Termine, Preise und Vergabemodalitäten können in der Redaktion der ZFA erfragt werden.

ZFA-Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Rüdigerstraße 14, 7000 Stuttgart 30, Tel. 07 11/8 93 14 42, Fax: 07 4/8 93 14 53

Albert-Knoll-Preis

Am 1. Oktober endet die diesjährige Einreichungsfrist für wissenschaftliche Arbeiten, die sich um den Albert-Knoll-Preis bewerben. Der Preis wird für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin vergeben und ist mit 10 000 DM dotiert.

Weitere Informationen bei Knoll AG, Pressestelle, 6700 Ludwigshafen, Tel. 06 21/5 89 23 19, Fax: 06 21/5 89 11 71.

Kongresse

7. bis 12. September 1992 in Klagenfurt
46. Internationaler Hausärztekongreß
Thema: Allgemeinmedizin ohne Grenzen. Auskunft/Anmeldung: SIMG (siehe Anschriften)

23. bis 26. September in Bad Homburg
15. Deutscher Hausärztetag/26. Kongreß der DEGAM

Thema des Hausärztetages: Hausarzt – wichtiger denn je!

Thema des Kongresses: Die primärärztliche Funktion des Haus- und Familienarztes. Auskunft: DEGAM (siehe Anschriften)

Anschriften

DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Belfortstraße 9/IX, 5000 Köln 1, Tel.: 02 21/72 07 27, Fax: 02 21/72 15 93

SIMG – Societas Internationalis Medicinæ Generalis

Generalsekretariat, Bahnhofstraße 22/VI, A-9020 Klagenfurt, Tel: A-04 63/5 54 49, Fax: A-04 63/51 46 24

Fortbildungsveranstaltungen

26. bis 29. November in Graz
Der alternde Mensch in der Allgemeinpraxis

Auskunft: Steirische Akademie für Allgemeinmedizin, Schubertstraße 26, A-8010 Graz, Tel.: 00 41/3 16 38 18 58

5. bis 13. September in Freudenstadt
83. Ärztlicher Fortbildungskongreß des ZÄN

Auskunft: Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Bismarckstr. 3, 7290 Freudenstadt, Tel.: 07 441/21 51, Fax: 07 441/8 78 30

Praxisorganisation

Die auslegepflichtigen Praxisvorschriften

W. M. Nentwig, R. J. Gläser.
Eine Gesetz- und Verordnungssammlung speziell für die Inhaber von Arztpraxen. Kirchheim Verlag Mainz, 216 Seiten, 39,80 DM.

Zeitmanagement – Das A bis Z für die Arztpraxis

H. J. Weihe, W. Rönberg.
»Zeitmanagement – Das A bis Z für die Arztpraxis weist den Weg zu aktivem Zeitverhalten als Kern beruflicher wie auch privater Lebenskunst. Ein schwungvoll geschriebenes Buch, das Mut macht«. Synchron Verlag, Berlin 1991, 217 Seiten, 36,- DM.