

Rückenschmerzen müsste eigentlich jeder Hausarzt behandeln können

60 Hamburger Allgemeinmediziner: nur fünf Prozent sehr gut, 37 Prozent durchgefallen. Schulnote im Durchschnitt: 3,6

Zum fünften Mal untersuchten wir die Qualität ärztlicher Leistungen.¹ Zwei junge Patienten* mit chronischen Rückenschmerzen – wir nennen sie hier „Pat1“ und „Pat2“ – besuchten je 30 Allgemeinmediziner. Sie wollten sich untersuchen und beraten lassen. Die Kriterien für eine gute Beratung, mit denen wir die Leistung der 60 Ärzte beurteilten, hatten wir zuvor aus Leitlinien und Fachbüchern zusammengestellt und mit zwei Referenzärzten abgestimmt.

Zwar wurde deutlich, dass etliche Allgemeinmediziner nach den Leitlinien ihres eigenen Fachverbands vorgehen und ihre Patienten als Partner ernst nehmen. Doch das durchschnittliche Ergebnis – **Note 3,6** – ist unbefriedigend. Nur drei Allgemeinmediziner (5%) bekamen die Bestnote 1 (sehr gut), 22 Ärzte (37%) fielen dagegen mit Note 5 durch.

Erfreulich war, dass die meisten Ärzte denselben wichtigen Rat gaben wie unsere Referenzärzte: viel Sport und Bewegung sowie Krankengymnastik, um hilfreiche Bewegungsformen einzuüben. Und ggf. schmerzlindernde Medikamente. Selbst der Patientin, die zuvor schon mehrere Orthopäden besucht hatte und ein Röntgenbild mitbrachte, auf dem ein Bandscheibenvorfall zu sehen war, wurde von keiner Ärztin zur Operation geraten. Sie wurde im Durchschnitt besser, länger und ausführlicher untersucht und beraten als die zweite, die noch bei keiner Ärztin gewesen war und zudem ein weniger selbstbewusstes Auftreten zeigte.

Weniger erfreulich ist, dass nur 17% der Ärzte die Patienten ausdrücklich zur eigenen Entscheidung aufforderten. Die meisten gaben ihre Ratschläge eher direktiv.

Als Zusatzauswertung verglichen wir drei Stadtteilgruppen um Poppenbüttel, Wilhelmsburg und Rotherbaum. Die Unterschiede sind gering. In den reicheren Stadtteilen fielen zwar weniger durch als in den ärmeren, zum Ausgleich gab es jedoch in den Stadtteilen mit den meisten Durchfallern mehr Ärzte mit „sehr gut“. Zudem stellten wir einen leichten Unterschied zwischen den Geschlechtern fest: Die männlichen Ärzte schnitten leicht besser ab als die weiblichen.

* Aus Gründen der Sprachästhetik wird in der Einzahl die weibliche und in der Mehrzahl die männliche Form verwendet. Meist sind dabei jedoch beide Geschlechter gemeint.

Die Methode

Die beiden Patienten machten Termine bei je 30 Allgemeinmediziner, die wir per Losverfahren auswählten. Die Namen der Ärzte fanden wir in der Online-Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVHH)². Auch die normale Verbraucherin würde dort eine Fachärztin suchen.

In Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften sollten nicht zwei Ärzte derselben Praxis besucht werden. Die Patientin fragte nach dem frühestmöglichen Termin bei einem der dort arbeitenden Ärzte und ließ so den Zufall über die aufzusuchende Ärztin entscheiden.

Unter juristischer Aufsicht zogen wir per Los aus drei Stadtteilgruppen je zehn Allgemeinmediziner. Die Stadtteilgruppen bildeten wir um drei Stadtteile herum: einen ärmeren (Wilhelmsburg), einen mittleren (Rotherbaum) und einen reicheren (Poppenbüttel). Beim Arztsuchsystem der KV wird bei Eingabe eines Stadtteils auch in den benachbarten Stadtteilen gesucht, vermutlich von der Erfahrung ausgehend, dass die Menschen ihre Ärzte nicht nach Stadtteil, sondern eher nach Entfernung vom Wohnort aussuchen.

Zum Zeitpunkt unserer Untersuchung gab es in den drei Stadtteilgruppen folgende Zahl an Allgemeinmedizinern:

Stadtteilgruppe Wilhelmsburg	49
Stadtteilgruppe Rotherbaum	96
Stadtteilgruppe Poppenbüttel	28

Tabelle 1: Anzahl der Allgemeinmediziner pro Stadtteilgruppe

Anamnese, Diagnostik und Beratung der 60 Allgemeinmediziner beurteilten wir anhand einer Kriterienliste, die wir mit Unterstützung zweier als Gutachter erfahrener Referenzärzte aus Leitlinien^{3,4,5,6} und Fachbüchern⁷ zusammenstellten.

Für die Bewertung der 60 Allgemeinmediziner verwenden wir das in Deutschland übliche Schulnotensystem (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, durchgefallen). Für jeden Aspekt unserer Kriterienliste waren 0,5 bis 2 Punkte möglich. Es konnten insgesamt 30 Punkte erreicht werden. Die Ergebnisse wurden anhand einer Umrechnungstabelle, wie sie in den meisten Hochschulen für Prüfungsleistungen verwendet wird, in Noten umgewandelt:

Punktzahl	Prozent	Note
27–30	ab 87,5%	1
23–26	ab 75%	2
19–22	ab 62,5%	3
15–18	ab 50%	4
0–14	unter 50%	5

Tabelle 2: Unsere Punkte-Noten-Skala

Die Patienten

Die Patienten in dieser kleinen Studie waren Anfang 20 und klagten seit Jahren über Rückenschmerzen. Eine von ihnen war bereits bei mehreren Ärzten vorstellig geworden, die ihr aber nicht dauerhaft helfen konnten; die andere war wegen der Rückenprobleme noch nicht in ärztlicher Behandlung. Unfälle oder Vorerkrankungen lagen bei beiden nicht vor.

Pat1, 26-jährig, hatte seit über fünf Jahren starke chronische Rückenschmerzen, begrenzt auf den unteren Bereich der Wirbelsäule. Sie hatte sich schon von mehreren Orthopäden untersuchen lassen, die ihr jedoch nicht nachhaltig helfen konnten, und brachte ein Röntgenbild mit, auf dem laut Befund ein „mittelgroßer medialer Discusprolaps im Segment LWK 4/5 mit wahrscheinlichen Affektionen der Nervenwurzeln L5 beidseits“ zu sehen war. Also ein Bandscheibenvorfall. Ihr waren bisher nur erfolglos Massagen verschrieben und zuletzt eine Periradikuläre Therapie (PRT) empfohlen worden.⁸ Sie wollte jedoch invasive orthopädisch-chirurgische Eingriffe vermeiden und suchte deshalb nun die Beratung einer Allgemeinmedizinerin.

Pat2, 25-jährig, hatte seit über einem Jahr chronische Rückenschmerzen im oberen Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule. Sie hatte sich jedoch bisher noch nicht ärztlich untersuchen und beraten lassen. Die Schmerzen hatten sich in den letzten vier Monaten verstärkt, daher suchte auch sie jetzt zuerst einmal hausärztliche Hilfe.

Zwei Referenzärzte für Allgemeinmedizin, die als Gutachter tätig sind oder Erfahrung haben, untersuchten und berieten beide Patienten und halfen uns bei der Erstellung der Kriterienliste und bei der Bewertung der einzelnen Elemente. Bei beiden Patienten stellten sie Verspannungen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule fest. Beiden empfahlen sie dieselben Therapien: viel Bewegung im Alltag, wenn möglich auch Sport sowie ergänzend krankengymnastische Übungen, die sie selbstständig zu Hause durchführen können.

Bewertungskriterien

Die Kriterienliste unterteilten wir in drei Aspekte: Für Anamnese, Untersuchung und Beratung konnten die Ärzte jeweils 10 Punkte erreichen. Für die einzelnen Kriterien gab es 0,5 bis 2 Punkte.

An einigen Stellen unserer Anforderungsliste wurden wir von unseren Referenzärzten darauf hingewiesen, dass die Ärzte in der kurzen Zeit, die ihnen für eine Erstuntersuchung zur Verfügung steht – nur 10 Minuten würden von den Kassen dafür bezahlt –, eine so ausführliche Befragung und Beratung nicht leisten könnten. Eigentlich wollten wir uns von solchen Argumenten überhaupt nicht leiten lassen. Denn der angemessene Maßstab für eine gute ärztliche Arbeit ist die medizinische Notwendigkeit, nicht die Honorierung. Wir haben uns dann aber entschlossen, einen inkonsequenten Mittelweg zu gehen: Einmal sind wir diesen Einwänden gefolgt, einmal nicht.

Nicht gefolgt sind wir ihnen im Rahmen der Anamnese bei der Hinterfragung möglicher Hintergründe und **Ursachen** der Rückenbeschwerden. Das schien uns so wichtig, weil ja – generell in der Medizin – nicht nur Symptome behandelt, sondern nach Möglichkeit auch die Ursachen beseitigt werden sollten. Und wenn Rückenschmerzen mit dem Alltag zusammenhängen – mit

Lebensstil und Gewohnheiten, mit Körpergewicht und mit Stress in der Familie oder am Arbeitsplatz –, dann müssen diese Faktoren auch zur Sprache kommen können.

Gern hätten wir auch eine wenigstens ansatzweise Aufklärung über Chancen und Risiken vorgeschlagener Behandlungen sowie einen Hinweis auf mögliche Laboruntersuchungen in die Kriterienliste aufgenommen. Denn dieser Arztbesuch sollte ja zur Entscheidung der Patienten über den einzuschlagenden therapeutischen Weg dienen, und dafür brauchen sie natürlich auch eine gründliche Information über die Chancen auf Besserung sowie über „Risiken und Nebenwirkungen“, gerade wenn mehrere therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung stehen – und das ist bei Rückenschmerzen wohl immer der Fall. Doch hier haben wir einen Kompromiss gemacht und dafür nur „Bonuspunkte“ vergeben. Halbwegs mündige Patienten können die Ärztin ja nach Risiken und Nebenwirkungen fragen.

Außerdem interessierte uns, ebenfalls ohne Bewertung, wie die Ärzte mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) umgehen.

Anamnese

Die 10 Punkte für die Anamnese wurden folgendermaßen untergliedert:

- Die Frage nach der **Lokalisation** der Beschwerden ist so selbstverständlich und notwendig, dass wir dafür keinen Punkt vergaben.
- Für die Abfrage differenzierter **Schmerzcharakteristika** gab es maximal 5 Punkte: Seit wann? In welcher Situation? Strahlen sie aus? Wobei schränken sie im Alltag ein? Was tun Sie dagegen? Nur so kann die Ärztin über das Krankheitsbild ihrer Patientin genug Details erfahren und darauf weitere Fragestellungen aufbauen.
- Weitere maximal 5 Punkte gab es für die Hinterfragung der möglichen Hintergründe und **Ursachen** der Rückenbeschwerden: z.B. Lebensstil, Vorerkrankungen, familiäre und alltägliche Belastungen, Verletzungen, Übergewicht...

Untersuchung

Auch für die Untersuchung konnten 10 Punkte erreicht werden:

- **Inspektion** und **Palpation** der schmerzenden Gebiete (4 Punkte) sowie eine **allgemeine** körperliche Untersuchung (1 Punkt).
- Daraufhin sollte eine differenzierte **Beweglichkeitsprüfung** folgen (4 Punkte), um die körperliche Aktivität der Patienten festzustellen.
- Ein weiteres wichtiges Kriterium ist das **bildgebende Verfahren** (1 Punkt). Hier unterscheidet sich das empfohlene Vorgehen bei den beiden Patienten:
 - Bei Pat1, die ja zuvor schon bei mehreren Orthopäden war, sollte die Allgemeinmedizinerin fragen, ob bereits ein Röntgenbild o.ä. gemacht wurde.
 - Bei Pat2 sollte ein Röntgen der Wirbelsäule für den Fall empfohlen werden, dass die Therapien keine Verbesserung der Beschwerden bringen.

Aufklärung und Beratung

Bei der Aufklärung und Beratung muss die Ärztin ihrer Patientin ihre Diagnose oder Vermutung genauer erläutern (1 Punkt), alle in Frage kommenden Therapiemöglichkeiten vorstellen (5 Punkte) – möglichst mit ihren jeweiligen Chancen und Risiken (Bonuspunkt) – und sicherstellen, dass die Beratung verständlich war und keine wichtigen Fragen offen bleiben (1 Punkt). Denn nur nach einer verständlichen Beratung kann die Patientin, sollte sie sich für die weitere Behandlung durch diese Ärztin entscheiden, wirksam in Therapiemaßnahmen einwilligen. Und schließlich muss die Ärztin der Patientin die Möglichkeit geben, sich selbst für eine passende Therapieform zu entscheiden (2 Punkte). Mit einem weiteren Terminangebot (1 Punkt) wird am Ende deutlich, dass eine Ärztin ihre Patientin wieder sehen möchte und bereit ist, die Behandlung fortzuführen.

Ergebnisse

Die Termine wurden telefonisch abgesprochen. Dies verlief relativ schnell und ohne lange Wartezeiten. 6 von 60 (10%) der ausgewählten Allgemeinmediziner nahmen in diesem Quartal keine Neupatienten auf und eine Patientin wurde von zwei Praxen abgelehnt, die sich nicht um Rückenbeschwerden kümmern wollten und sie direkt zum Orthopäden verwiesen. So mussten wir per Los weitere Ärzte ziehen.

Nach jedem Besuch notierten sich die beiden Patienten, was die Ärzte zu den Kriterien der Checkliste unternommen und gesagt hatten.

Die Ergebnisse, getrennt für beide Patientinnen betrachtet

Pat1: Die Mehrheit der Allgemeinmediziner fragte von sich aus, ob die Patientin beim Orthopäden war und ob Röntgenbilder angefertigt wurden (wenn sie nicht fragten, erwähnte es die Patientin dann). Alle Ärzte erklärten die Röntgenbilder gut bis sehr gut. Die diagnostischen Aussagen schwankten jedoch zwischen „Da ist alles in Ordnung“ bis „Sowas muss nicht viel bedeuten“ oder „Der Befund sagt uns nichts“. Viel Bewegung im Alltag, Sport, Krankengymnastik und Wärmetherapie wurden von den meisten Allgemeinmedizinern als Therapien der Wahl geraten. Alle rieten auf Nachfrage von einer PRT-Behandlung ab, viele Ärzte sahen sie allerdings als sinnvoll an, sollten die oben genannten Therapiemaßnahmen nicht wirken. Die Kriterien gute Aufklärung der Fachbegriffe sowie Aufklärung über in Frage kommende Therapiemöglichkeiten erfüllten 26 von 30 Ärzten. Medikamente zur Schmerzreduzierung wurden überwiegend verschrieben (z.B. Ibuprofen). Die Frage nach Blutabnahme wurde von 8 Ärzten abgefragt und es wurde ein Termin vereinbart.

Pat2 empfahlen über die Hälfte der Allgemeinmediziner ebenfalls Bewegung, Sport, Krankengymnastik und Medikamente. 5 von 30 Ärzten schlugen eine Blutabnahme vor, um Entzündungen auszuschließen. Es sollte entweder ein Röntgenbild angefertigt werden oder weitere Therapiemöglichkeiten wurden aufgezeigt. Zudem sollte ein Röntgenbild gemacht werden, wenn die oben genannten Therapiemöglichkeiten nicht helfen. Nur drei Ärzte untersuchten die Patientin gründlich und schlugen verschiedene Alternativen zur Verbesserung der Beschwerden vor.

Erwähnenswert ist auch ein äußerst negatives Beispiel. Eine Ärztin renkte, ohne vorherige An-sage oder Vorwarnung, durch Druck auf den Rücken die Brustwirbelsäule der Patientin ein, die zu Beginn ausdrücklich gesagt hatte, dass sie sich nur beraten und noch nicht behandeln las-sen wollte. Mit der Aussage, die Ärztin wolle sich den Rücken „nur einmal ansehen“, sollte sich die Patientin bäuchlings auf die Liege legen. Nach kurzem Abtasten erfolgte dann völlig uner-wartet das Einrenken. Durch den entstandenen Schockmoment (Knacken) war die Patientin vorerst nicht in der Lage, weitere Fragen zu stellen oder gar sich angemessen zu beschweren. Glücklicherweise führte das nicht gewollte Einrenken zu keiner Verschlechterung des Zustands der Patientin. Andernfalls hätte es rechtliche Konsequenzen haben müssen.

Die Ergebnisse, zusammen und vergleichend betrachtet

42 von 60 Ärzten (70%) fragten Pat1 und Pat2 nach möglichen **Ursachen** (Vorerkrankungen).

Bei der Frage nach dem **Lebensstil** (Guter Schlaf? Rauchen? Unfälle? Sport oder Bewegung?) erreichten bei den beiden Patienten 43 von 60 Ärzten (72%) die volle Punktzahl, davon 18 von 30 Ärzten (60%) bei Pat1 und 25 von 30 (83%) bei Pat2.

Ein deutlicher Unterschied ergab sich zwischen den beiden Patienten bei der Frage nach kör-perlichen, sozialen oder psychischen **Belastungen** am Arbeitsplatz, in der Familie und in der Freizeit. Bei Pat1 fragten danach nur 12 von 30 Ärzten (40%), bei Pat2 aber 28 von 30 (93%).

Bei den **Untersuchungen** registrierten die Patienten bei 46 von 60 Ärzten (77%) Inspektion und bei 44 (73%) Palpation.

Bei der **Beweglichkeitsprüfung** wurde von vier Aspekten (Beweglichkeit der Halswirbelsäule, Finger-Boden-Abstand, Zehen/Hackengang/Gangbild und Untersuchung im Liegen) bei beiden Patienten mit 31 von 60 Ärzten (52%) am häufigsten die Beweglichkeit der Halswirbelsäule un-tersucht.

Nach einem **Röntgenbild** fragten Pat1 fast alle Ärzte (29 von 30 = 97%). Pat2 wurde ein Rönt-genbild von 11 Ärzten (37%) empfohlen.

Als bevorzugte **Therapien** wurde beiden Patienten Bewegung, Physiotherapie und Medikamen-te empfohlen. 46 von 60 Ärzten (77%) empfahlen Bewegung und Sport zur Verbesserung der Rückenmuskulatur, 44 (73%) verschrieben Physiotherapie. Für eine Schmerzreduzierung ver-schrieben 38 der 60 Allgemeinmediziner (63%) Medikamente.

Bei Pat1 erklärten 29 von 30 Ärzten (97%) **schwierige Fachbegriffe** und 27 Ärzte (90%) ließen **keine offenen Fragen stehen**. Bei Pat2 wurden schwierige Fachbegriffe von 19 der 30 Allge-meinmediziner (63%) erklärt und 28 Ärzte (93%) ließen keine offenen Fragen stehen.

Für uns war es wichtig, dass die Ärzte möglichst viele **Therapiemöglichkeiten empfehlen** und anschließend den Patienten die Wahl überlassen. Die Ergebnisse waren nicht zufriedenstel-legend, da 57% der Allgemeinmediziner den Patienten nicht die Möglichkeit gaben, selbst zu äu-ßern, welche Therapien sie bevorzugen. Nur 10 Ärzte (17%) erfüllten diese Kriterien.

Nicht bewertete Zusatz-Ergebnisse

Für die Erläuterung von **Chancen und Risiken** vorgeschlagener Behandlungen gab es einen Pluspunkt. Bei Pat1 erfüllten 25 von 30 Ärzten (83%) unsere Erwartung, bei Pat2 dagegen nur 7 von 30 Ärzten (23%).

Auffallend waren auch die **Wartezeiten** in den Praxen. Die durchschnittliche Wartezeit bei Pat1 betrug 29,2 Minuten, bei Pat2 16 Minuten.

Die Zeit für den Prozess von Anamnese, Untersuchung, Diagnose, Aufklärung und Beratung – die **Beratungszeit** – betrug bei Pat1 im Durchschnitt 17 Minuten und reichte von 10 bis 35 Minuten; bei Pat2 reichte sie von 4 bis 25 Minuten und betrug im Durchschnitt 11,4 Minuten. Unsere Referenzärzte waren der Meinung gewesen, ein Allgemeinmediziner habe pro Patientin auch beim Erstgespräch mit einer unbekanntem Patientin nicht mehr Zeit als 10 Minuten. Umso erstaunlicher war, dass sich bei Pat1 alle Ärzte mindestens 10 Minuten Zeit nahmen, 19 sogar 15 oder mehr Minuten, 8 von ihnen sogar mehr als 20 und 3 Ärzte mehr als 30 Minuten. Bei Pat2 dagegen hatten 12 Ärzte weniger Zeit als 10 Minuten, 6 mehr als 15 Minuten und 2 Ärzte gönnten der Patientin 20 bis 25 Minuten.

Minuten	Pat1	Pat2	Summe
25–35	4 = 13%		4 = 7%
20–25	4 = 13%	2 = 7%	6 = 10%
15–20	11 = 37%	4 = 13%	15 = 25%
10–15	11 = 37%	10 = 33%	21 = 35%
0–9		12 = 40%	12 = 20%
	30 = 100%	30 = 100%	60 = 100%

Tabelle 3: Beratungszeiten

Uns interessierte auch, ob die Ärzte mit einer längeren Untersuchungs- und Beratungszeit besser abschneiden. Dies bestätigte sich bei Pat2: Ärzte mit einer geringeren Beratungszeit fielen eher durch. Wer sich mehr Zeit für Untersuchung und Beratung ließ, schnitt deutlich besser ab. Dagegen kam bei Pat1 mit einer Beratungsdauer von 35 Minuten eine sehr gute Behandlung vor, aber auch mit 30 Minuten eine sehr schlechte.

Dauer	10	10	11	12	12	12	12	12	12	14	14	15	15	15	15	15	16	17	17	17	17	18	19	20	20	20	20	21	25	30	33	35
Note	4	2	5	3	5	3	5	5	5	3	4	3	5	2	3	5	5	4	4	2	1	5	5	2	4	5	1	5	2	1		

Tabelle 4: Beratungsdauer und Noten bei Pat1

Dauer	0	0	4	4	5	6	7	7	7	8	8	9	9	9	10	11	11	12	12	12	12	14	14	14	14	14	15	17	17	18	21	25
Note	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	3	4	3	3	3	4	3	5	4	3	3	4	3	2	2	2	3	2	2	2	

Tabelle 5: Beratungsdauer und Noten bei Pat2

Individuelle Gesundheitsleistungen (**IGeL**) wurden nur von einem Arzt empfohlen (2%), und zwar eine Osteopathie-Behandlung.

Durchschnitt, Stadtteilgruppen, Geschlecht

Die **Durchschnittsnote** für die Untersuchungs- und Beratungsqualität aller 60 Allgemeinmediziner in unserer Untersuchung beträgt **3,6**. Wie sich die Noten auf die Ärzte verteilen, zeigt Tabelle 6: Die Ergebnisse nach Schulnoten.

Punktzahl	Prozent	Note	Pat1	Pat2	Alle Ärzte
27–30	ab 91%	1	3 (10%)		3 (5%)
23–26	ab 74%	2	5 (17%)	5 (17%)	10 (17%)
19–22	ab 60%	3	4 (13%)	9 (30%)	13 (22%)
15–18	ab 50%	4	6 (20%)	6 (20%)	12 (20%)
0–14	unter 50%	5	12 (40%)	10 (33%)	22 (37%)
		3,6	30 (100%)	30 (100%)	60 (100%)

Tabelle 6: Die Ergebnisse nach Schulnoten

Zwischen den **Stadtteilgruppen** Poppenbüttel, Wilhelmsburg und Rotherbaum gab es keine großen Unterschiede. Das Stadtteilgebiet Poppenbüttel hat mehr durchschnittliche, keine sehr guten und weniger schlechte Noten; Wilhelmsburg und Rotherbaum haben dagegen mehr gute, aber auch mehr schlechte Noten bekommen (siehe Tabelle 7: Noten der Stadtteilgruppen).

Poppenbüttel	Wilhelmsburg	Rotherbaum	
2	1	1	
2	2	1	
3	2	2	
3	2	2	
3	2	2	
3	2	3	
3	3	3	
3	4	3	
3	4	4	
3	4	4	
3	4	4	
4	4	5	
4	5	5	
4	5	5	
4	5	5	
5	5	5	
5	5	5	
5	5	5	
5	5	5	
5	5	5	
3,6	3,7	3,7	3,7

Tabelle 7: Noten der Stadtteilgruppen

Die männlichen Ärzte schnitten geringfügig besser ab als die weiblichen. Von den Frauen fielen 12 von 32 (38%) durch, von den Männern 10 von 28 (36%). Die Stichprobe der Männer war nur unwesentlich kleiner als die der Frauen. Die männlichen Ärzte schnitten mit der Note 3,35 ab,

die weiblichen mit 3,9. Unsere Patienten empfanden sich bei den männlichen Ärzten besser beraten und untersucht als bei den weiblichen. Ihnen erschienen die männlichen Allgemeinmediziner fürsorglicher und aufmerksamer.

Fazit

Im Ergebnis schnitten die Allgemeinmediziner deutlich schlechter ab als erwartet. Gemessen an den Anforderungen, die wir aus Leitlinien und den Empfehlungen zweier Referenzärzte zum „Goldstandard“ einer guten Erstkonsultation entnommen hatten, waren nur 5% sehr gut, 37% fielen durch. Zudem wurde ein leichter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt, die männlichen Ärzte waren um gut eine halbe Note besser als die weiblichen. Die drei Stadtteilgruppen dagegen unterschieden sich so gut wie nicht.

Das Ergebnis zeigt, dass die Untersuchungs- und Beratungsqualität der Allgemeinmediziner selbst bei einem so weit verbreiteten Symptomkomplex wie Rückenschmerzen noch deutliches Verbesserungspotenzial birgt.

Anmerkungen:

- 1 Schönheits-Chirurgen (2011): <http://www.vzhh.de/gesundheit/126261/sie-wollen-gross-sie-kriegen-gross.aspx>;
Zahnärzte (2013): <http://www.vzhh.de/gesundheit/293054/ein-drittel-durchgefallen.aspx>;
Orthopäden (2014): <http://www.vzhh.de/gesundheit/335181/schlecht-beraten-mit-orthopaeden.aspx>;
Augenärzte (2014): <http://www.vzhh.de/gesundheit/338452/augenaerzte-im-check-nur-2-von-30-sehr-gut.aspx>
- 2 Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2005-2014). Arztsuche für Patienten.
URL: <http://www.kvhh.net/kvhh/arztsuche/index/p/274>
- 3 DEGAM-Leitlinie Nr. 3 (2003). Kreuzschmerzen. URL: www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-03_Kreuz_mod-007.pdf
- 4 Leitlinien-Clearingbericht „Chronischer Rückenschmerz“ (2005). Leitlinien-Clearingverfahren von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in Kooperation mit Deutscher Krankenhausgesellschaft Spitzenverbänden der Krankenversicherungen und Gesetzlicher Rentenversicherung. URL: www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe19.pdf
- 5 Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (2013). Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz. URL: www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz/pdf/nvl-kreuzschmerz-lang-4.pdf
- 6 Bremer Ärzte (2013). Neue Leitlinien und Therapiekonzepte.
URL: www.aekhb.de/data/mediapool/baej_13_03_gesamt.pdf
- 7 Keller, S. (2010). Das Rückenbuch: Aktiv gegen Schmerzen. Stiftung Warentest, Berlin
- 8 Bei der PRT „schiebt der behandelnde Arzt eine dünne Nadel in den Bereich der schmerzauslösenden Nervenwurzel und/ oder in das kleine Wirbelgelenk vor. Bei korrekter Lage der Nadel, die durch die Computertomographie kontrolliert wird, wird ein Gemisch aus einem örtlichen Betäubungsmittel, einem Cortisonpräparat und einem Röntgenkontrastmittel verabreicht.“ (<http://www.radiologische-allianz.de/methoden/therapie/prt-schmerztherapie-an-der-wirbelsaeule>)