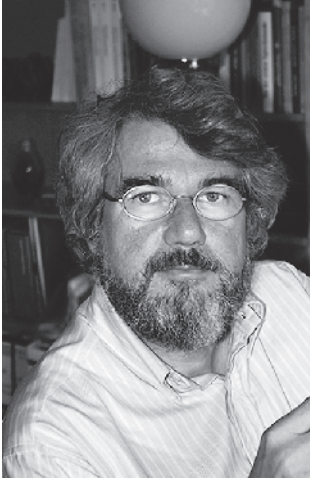


Hören wir zunehmend auf, den Kranken zu verstehen?



Mit Regelmäßigkeit lesen wir, dass Hausärzte – und meist werden nur diese untersucht – vom wissenschaftlichen Standard der Medizin, von Leitlinien drastisch abweichen. Neulich wurde dies wieder an der Behandlung des akuten Rückenschmerzes festgemacht: Es erfolgen zu lange Krankschreibungen, es werden i.m.-Injektionen gegeben, es werden die falschen Substanzen verordnet etc.

Unterstellen wir einmal, dass das, was in den Leitlinien steht, wirklich gut durch Studien belegt ist (was z.B. in Bezug auf die körperliche Bewegung bei akutem Rückenschmerz so nicht zutrifft), dann dürfen wir beim „unkomplizierten Rückenschmerz“ in der Regel nur zwei bis drei Tage krankschreiben, keine Injektionen geben und Paracetamol als Standardbehandlung verordnen. In der Regel ist keinerlei bildgebende Diagnostik notwendig.

Nur wird in den Leitlinien von dem gleichen „Phänomen“ gesprochen, das wir als Krank-sein mit „akutem Rückenschmerz“ bei unserem Patienten vorfinden? Mein Eindruck ist, dass viele Menschen mit dem Rücken krank werden – so wie sie z.B. auch mit dem Magen krank werden –, ohne dass hier etwas Definitives im Rückenbereich bzw. am Magen etc. nachweisbar ist. Sie scheinen – und dies ist Ergebnis zahlreicher medizinsoziologischer und medizinpsychologischer Untersuchung aus den 80-er und 90-er Jahren – mit ihrer Krankheit ihr Lebensleid auszudrücken. Oder sie wollen – noch „banaler“ – hierüber nur einmal raus aus der Maloche bzw. etwas Zuwendung zu Hause erfahren. Und sind wir dann berechtigt und mit Chance erfolgreich, ihnen dies mit leitlinientreuem Handeln zu verweigern?

Wenn es also zu nennenswerten Teilen – zumindest an den genannten Beispielen – um eigentlich das Krank-sein am Leben primär geht, was hilft uns hier eine evidenzbasierte Antwort in Bezug auf Diagnostik und Therapie, die gerade diesen Bereich

auspart (weil mit niedrigerer Evidenz-Klasse ausgestattet)? Missverstehen wir mit der Übertragung nur der Leitlinien auf unsere konkreten Patienten nicht deren Anliegen und deren Leid?

Und könnte es nicht sein, dass die Abweichler von Leitlinien, also die Mehrzahl der Hausärzte, ihr Handwerk sehr viel adäquater machen, als die, die „Leitlinien exekutieren“ wollen?

Und schließlich: Ist unser immer mehr und ausschließlich benutzter Beurteilungsmaßstab für Qualität, das Leitlinienwissen und deren Qualitätsindikatoren, nicht bei weitem zu oberflächlich, hausärztliche Tätigkeit mit kranken Menschen zu beurteilen? Ich entsinne mich eines Nebenaspektes einer Studie mit der Frage nach der Einhaltung der Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen“. Dazu wurden Schauspielerpatienten in Praxen geschickt, die zudem eine Probe eines pathologischen Urins abgeben konnten. Es gab leitlinientreue Ärzte, es gab aber auch solche, die dies nicht waren. Wir befragten hinterher – als Nebenaspekt der „eigentlichen Studie“ – die Schauspielerpatienten, bei welchen Ärzten sie sich am meisten aufgehoben fühlten: Es waren die, die sich – entgegen den Leitlinienvorgaben – ausführlich und über andere Dinge als die Beschwerden unterhielten, und die, die wider die Leitlinienvorgabe sie körperlich untersuchten.

Sicherlich sind nicht annähernd alle Abweichungen von Leitlinien/Qualitätsindikatoren durch die eigentlich guten Ärzte zu erklären. Schlechte Qualität, Unwissen und Fehler sind auch eine Erklärung.

Dennoch bleibt festzuhalten: Bewahren wir die Wissenschaftler bei der Erforschung von Leitlinien-Abweichungen davor, dass Krank-sein, das eigentliche Leid des jeweiligen Patienten aus dem Auge zu verlieren und damit einen nur unzureichenden Maßstab an die Untersuchung zur Qualität der Versorgung anzulegen.

Vereinfachungen in der Medizin gefährden gute Versorgung: Lange Zeit war dies das Mechanistische Modell vom Menschen, momentan droht etwas Ähnliches über die Verabsolutierung des Studienwissens, was ja – fast definitionsgemäß – immer auf Vereinfachung basiert.

Ihr Harald Abholz