

Der Mensch im Mittelpunkt? – Über den gesuchten Weg zwischen ärztlicher Expertise und EbM-Leitlinien

The Individual in Focus? – Searching for Balance Between Physicians' Expertise and Evidence-based Guidelines

Heinz-Harald Abholz

Zusammenfassung: Der folgende Text will sowohl die konzeptionelle Nähe als auch die gleichzeitig nicht aufhebbarer Widersprüchlichkeit von Allgemeinmedizin und evidenzbasierter Medizin (EbM) bzw. Leitlinien aufzeigen. EbM ist bei einer individualisierten Betreuung von Menschen nur anwendbar, wenn man vom EbM-Wissen auf den einzelnen Menschen extrapolierend behandelt. Dazu aber sind neben guter Medizinkenntnis ebenso gute Kenntnis des Patienten und ein gewachsenes Arzt-Patienten-Verhältnis notwendig. Beides aber ist nur durch eine Versorgung mit breiter Zuständigkeit und personaler Kontinuität möglich. Diese Voraussetzungen aber werden sukzessive durch die Ansprüche des hausärztlichen Nachwuchses und durch das Versorgungssystem in Deutschland mit fehlendem gate-keeping verhindert.

Schlüsselwörter: evidenzbasierte Medizin; Leitlinien; Hausarzt; generalistische Arbeitsweise; Kontinuität der Versorgung

Summary: The following text will show the conceptual proximity as well as the contradictions between family medicine on one hand and evidence-based medicine (EBM) and the concept of guidelines on the other hand. If EBM is to be applied in individualized care of a patient, it has to be extrapolated to fit this person's condition. For such an approach, good medical knowledge, solid familiarity concerning the respective person and a trustful doctor-patient relationship are necessary. Both can only be developed in a health care system allowing for a wide responsibility (gate-keeping) and personal continuity of care. This fundamental condition, however, seems to be successively endangered by the new generation of family doctors who might wish to be less involved in caring, as well by the German health care system which lacks proper gate-keeping.

Keywords: evidence-based medicine; guidelines; family doctor; generalistic approach to work; personal continuity

Einleitung

Der Mensch im Mittelpunkt – so oder ähnlich wird schon seit Beginn unseres Faches das wesentliche Charakteristikum der Allgemeinmedizin bezeichnet. Die in Lehrbüchern immer wieder auffindbare Unterscheidung zwischen Patientenzentrierung des Faches Allgemeinmedizin einerseits und Krankheitszentrierung der Spezialisten andererseits stellt eine der Ausdrucksformen dieses Charakteristikums dar [1]. Im Folgenden soll betrachtet werden, ob dieser Kernpunkt des Faches bei einer gleichzeitigen starken Orientierung auf evidenzbasierte Medizin (EbM) und Leit-

linien heute noch die bisherige Bedeutung hat, bzw. überhaupt noch haben kann.

EbM/Leitlinien

Der Anspruch von EbM, als Maßstab für „richtiges“ präventives, diagnostisches und therapeutisches Handeln zu gelten und immer das klinisch Relevante für den Patienten zu bieten, also sog. klinische Endpunkte von Morbidität und Mortalität, später dann auch Lebensqualität – nicht aber die Surrogatparameter nutzen zu wollen, ließ EbM und Allgemeinmedizin von Beginn an konzeptionell sehr na-

he sein: Der Orientierungspunkt der Behandlung sollte das sein, was der Patient spürte, was ihn betraf – nicht aber Befunde aus Labor und Bildgebung.

Und noch etwas Weiteres ließ EbM und Allgemeinmedizin sehr verwandt sein: ihrer beider Nutzenkonzept. Bei EbM geht es ganz zentral um die methodische Güte von Studien – mit den randomisierten kontrollierten Studien als Spitze methodischer Zuverlässigkeit. Zu Beginn der Entwicklung von EbM gab es naturgegeben nur wenige methodisch verlässliche Studien, die den Ansatz von EbM auch wirklich realisieren ließen. Schnell aber wurden mehr durchgeführt und deren Durchführung auch politisch und fi-

nanziell gefördert. Durch diese Entwicklung wandelte sich in der wissenschaftlichen Medizin das Belegkonzept für den Nutzen medizinischer Interventionen weg von der pathophysiologischen Erklärung und hin zum biostatistischen Nutzen – also zu einer statistischen Argumentation für oder gegen einen Nutzen (und Schaden) einer Intervention. Dieses neue Nutzenkonzept lag deutlich näher an der allgemeinmedizinischen Vorstellung zum Nutzen von Behandlungsmaßnahmen, als es die bisherigen pathophysiologischen Argumentationen waren.

In den angelsächsischen Vorreiterländern von EbM wurde anfangs nicht von EbM, sondern von „klinischer Epidemiologie“ gesprochen, was der „neuen“ Schwerpunktlegung auf den statistischen Nutzenbeleg Rechnung trug [2, 3].

Mit dem schnellen Zuwachs an neuem, biostatistisch begründendem Wissen wurde deutlich, dass damit für die handelnden Ärzte unübersichtlich viel – und zudem sich wandelndes – Wissen entstand. Zudem lernte man, dass selbst die methodisch guten Studien hinsichtlich deren Durchführung, der Patientenkollektive, dem Zeitpunkt einer Intervention etc. methodisch unterschiedlich verlässlich und die Ergebnisse nur auf ausgesuchte Patientenkollektive übertragbar waren. Studien mussten also gewichtet und differenziert interpretiert werden, wollte man zu Empfehlungen für das ärztliche Handeln kommen.

Damit der Stand des Wissens bei den handelnden Ärzten verbleibt, bedurfte es der Fachleute, die eine zusammenbringende Aufarbeitung des Wissens und der methodischen Zuverlässigkeit der im Hintergrund stehenden Studien vornehmen sollten. Denn in der Praxis wirksam werden konnte EbM erst dann, wenn Wissen zusammengefasst, interpretiert und durch Experten bzw. Institutionen für den Praktiker präsentierbar gemacht wurde [4].

Beides zusammen, die klinische Epidemiologie und die systematische Aufarbeitung bis hin zur Leitlinie, wurden erst ab diesem Zeitpunkt als EbM bezeichnet [5].

Leitlinien in Deutschland

In Deutschland erfassten EbM und Leitlinien die Medizin relativ spät, nämlich 15 bis 20 Jahre nach den angelsächsi-

schen Medizinkulturen, was selbst heute noch in Bezug auf den Durchdringungsgrad in der Medizin sichtbar ist. Dabei wurde aber auch hierzulande EbM – sowie auch die Leitlinien – zu einer das medizinische Denken ganz neu formierenden Bewegung [6]. Die akademische Allgemeinmedizin war zumindest in Deutschland dabei wesentlicher Unterstützer dieser Ende der 90-iger Jahre des letzten Jahrhunderts begonnenen Neuorientierung [7–9]. Ferdinand Gerlach, Joachim Szecsenyi, Peter Helmich, Silke Brockmann, Wolfgang Sohn, Martin Beyer als auch der Autor selbst waren hierzulande Wegbereiter der Konzeptionierung, Propagierung und Realisierung von Leitlinien [8–11]. Dies geschah mittels gewonnener Unterstützung durch die Politik und die Krankenkassen – sowie zu Beginn auch durch ein Pharmaunternehmen, SmithKline Beecham, das die Leitlinienstelle der DEGAM mitfinanzierte [7]. So wurde 1998 – zeitlich vor allen anderen Fachgesellschaften [10] – eine koordinierende und die Konzeption von DEGAM-Leitlinien entwickelnde Stelle geschaffen [7], die über die ersten zehn Jahre am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf, dann am gleichnamigen Institut der Universität Rostock und heute am Hamburger Institut für Allgemeinmedizin angesiedelt war bzw. ist.

Begrenzungen des Studienwissens

Bis zu dieser Stelle ist von EbM und von Leitlinien immer so gesprochen worden, als ob es nur um die Entwicklung von methodisch besserem Studienwissen mit klinisch relevanten Outcome-Parametern gegangen wäre. Das aber wurde zu Beginn von EbM viel seltener so gesehen, als es heute faktisch der Fall geworden ist [7]. Die Schöpfer der evidenzbasierten Medizin definierten nämlich EbM als *die Anwendung des bestverfügbaren Wissens* – und sie sahen dafür als Wissensquellen a) methodisch hochwertige Studien, b) ärztliche Expertise und c) die Wertewelt/Präferenzen des Patienten an [5].

Bei jeder Feierlichkeit zu EbM und Leitlinien wird dies auch heute noch so wiederholt. Nur hat es aber beim Umgang mit EbM – und eben auch bei der Leitlinienherstellung – eine Entwick-

lung hin zur massiven Höherbewertung von Studien bei gleichzeitiger zunehmender Minderschätzung von Expertenwissen und Patientenwerten gegeben [12]. In jüngster Zeit ist es sogar so, dass immer wieder EbM-Leitlinien entstehen, in denen ganze Teile von ärztlichen Interventionen ausgespart werden, d.h. unerwähnt bleiben, allein weil es doch „nur“ ärztliche Expertise oder lediglich „nicht-hochwertige“ Studien zum jeweiligen Thema gibt. Ärztliche Expertise selbst findet – selbst dann, wenn keine Studien vorliegen – praktisch kaum noch in einer Leitlinie Erwähnung. Damit aber beginnen Teile von Leitlinien den Charakter einer Orientierungshilfe für ärztliches Handeln zu verlieren, weil sie zu bestimmten Themen keine Aussage treffen – Themen, die beim handelnden Arzt aber Handlungsbedeutung haben.

Widerspruch zwischen EbM und Allgemeinmedizin

Selbst wenn es eine solche Hierarchie der Zuverlässigkeit im vorhandenen Wissen – von der methodisch hochwertigen Studie bis hin zur Patientenpräferenz – berechtigterweise geben mag, so steckt hier doch das zentrale Problem des Verhältnisses von EbM und Leitlinien einerseits und andererseits dem Anspruch der Allgemeinmedizin, den Menschen im Mittelpunkt des Handelns halten zu wollen.

Warum dies so sein muss, soll an drei Charakteristika von Studienevidenz gezeigt werden:

Erstens: *Studien beziehen sich auf Gruppen.* Die Auswertung von Studien erfolgt in Bezug auf Menschengruppen, nicht auf Individuen. Das Studienwissen ist damit unweigerlich fern von der Konstellation, in der sich der „Mensch vor mir“ befindet; dieser ist in aller Regel nicht eine Person, die dem Gruppendurchschnitt einer Studie entspricht [12, 13]. Vielmehr unterscheidet er sich vom Durchschnitt der Studienpopulation z.B. in Alter, sozialer Stellung, Dauer des Bestehens einer zu diagnostizierenden oder zu therapierenden Erkrankung, bestehenden Komorbiditäten, eingenommenen Medikamenten bzw. seinen Reaktionen auf Medikamente und vielem mehr. Zusätzlich besteht das Problem: Bei den Studien, die Basis von

Leitlinien sind, geht es um die Endpunkte verbesserter Morbidität und Mortalität, zweitrangig auch um Surrogatgrößen. Diese Outcomes aber werden durch alle hier aufgeführten, die Menschen unterscheidenden Faktoren ebenfalls beeinflusst, selbst wenn diese Menschen alle eine Diagnose teilen würden. Und da dies so ist, gibt es in allen Studien zahlreiche Ein- und Ausschlusskriterien, die solche Einflüsse auf die Ergebnisse aus einer Studie heraushalten bzw. – realistischer gesagt – sie gering halten sollen. Damit aber besteht in allen Studien eine starke Vorselektion in Bezug auf die Teilnehmer, die dann zu einer artifiziellen (Studien-)Gruppe führt – also zu einer, zu der der „Mensch vor mir“ nicht ungebrochen zugeordnet werden kann. Für die Frage der Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf den „Menschen im Mittelpunkt“ heißt dies, dass die Ergebnisse von Studien – je nach Studie und deren Ein-/Ausschlusskriterien – nur noch bei fünf bis 20 % der Patienten (z.B. mit Diabetes, KHK, Gallensteinen etc.) ungebrochen anwendbar sind. Damit aber kann man nur noch selten behaupten, dass das, was man nach diesen Studien oder nach einer EbM-Empfehlung behandelnd tun soll, für den Patienten durch Studien abgesichert ist [14].

Zweitens: *Es geht in Studien immer um „Aussagen zu einer Mehrheit“*, aber in allen Studien, die eine bestimmte Intervention mit Nutzen nahelegen, gibt es auch immer kleinere Untergruppen, bei denen diese Intervention nicht nutzt oder gar schadet. Und umgekehrt: Auch dann, wenn in einer Studie für die gesamte Gruppe kein Nutzen nachweisbar war, dann gibt es fast immer eine kleine Untergruppe, die dennoch profitierte. Oft kann man aus statistischen Gründen keine Differenzierung vornehmen zwischen Studienteilnehmern, die unterschiedlich auf diese Intervention reagieren. Denn: Diese Untergruppen sind a) entweder zu klein für eine statistische Bearbeitung und/oder b) es handelt sich bei einer solchen Auswertung um eine deutlich weniger zuverlässige Methode des Nutznachweises, um eine Sekundäranalyse. Wenn man nun den „Menschen im Mittelpunkt“ halten will, dann ergibt sich folgende Problematik: Er möchte eine in Leitlinien mit Studienevidenz empfohlene Therapie oder eine diagnostische Maßnahme nicht an-

wenden oder akzeptiert nicht unerwünschte Wirkungen. Er möchte daher eine andere Behandlung – allerdings eine, die in Studien bzw. Leitlinien ohne Nutznachweis blieb. Üblicherweise kommt es dann – vor dem skizzierten Hintergrund eigentlich unlogisch – zur Ablehnung der Behandlung in der vom Patienten gewünschten Richtung. Warum unlogisch? Dieser Mensch könnte doch zu einer Minderheit in der Gesamt-Studiengruppe gehören, für die biologische oder psychologische Konstellationen, die nicht oder nur vermutet bekannt sind, dennoch einen Nutzen ermöglichen würden. Aus solch einer berechtigten Überlegung würde ein Ausprobieren einer dann nicht leitliniengerechten Behandlung resultieren können, gar müssen. Allerdings müsste eine solche Entscheidung unter gleichzeitiger Benennung der Abweichung von einer studien gesicherten Behandlungsempfehlung zwischen Patient und Arzt ausgehandelt werden; und es müssten die ggf. unerwünschten Wirkungen des nicht-leitliniengerechten Wegs besprochen werden. Ein Beispiel (s. Kasten) soll hier zur Illustration dienen.

Welche Begründung gibt es, dass eine solche Differenzierung wie im Fallbeispiel nicht in den entsprechenden Leitlinien erfolgt? Man kann hierüber nur spekulieren, aber aus meinen Erfahrungen in Leitlinien herstellenden Gruppen [9] kann ich sagen: Leitlinien sind bewusst pragmatisch gehaltene Werke, die möglichst einfache Grundregeln festhalten sollen, die für die *Masse* der betroffenen Patienten – und der Ärzte – hilfreich sind. Zu viel Differenzierung schafft – so die Begründung – nur Verwirrung und abweichendes Verhalten von Arzt und Patient. Faktisch wird mit solch einer Argumentation nicht nur eine Behandlung nach Gruppenmaßstab empfohlen, sondern auch die Leitlinie zum Public-health-Instrument gemacht [15]. Dies geschieht nach dem Prinzip, dass einfache Empfehlungen in Bezug auf die Masse der Versorgten wahrscheinlich wirksamer als differenzierende sind. Damit aber steht die „versorgte Bevölkerung“ und nicht der „Mensch“ im Mittelpunkt – beides sicherlich legitime Ziele, aber doch recht unterschiedliche.

Drittens: *Statistische Signifikanzen* sind eine Ausdrucksform für die Zuverlässigkeit des Nutznachweises – die aber wesentlich auch von der Größe der Un-

tersuchungsgruppen abhängen. Sie sind für Berechnungen im Hintergrund wichtig. Für die Beratung und Entscheidung jedoch muss vielmehr der Aspekt der klinischen Relevanz beachtet werden. Ein Behandlungsprinzip kann signifikant besser als ein anderes oder auch keine Behandlung sein, der Erfolg kann dennoch bezüglich der klinischen Relevanz fraglich sein. Hinzu kommt, dass die Relevanz von Mensch zu Mensch recht unterschiedlich beurteilt wird.

Angaben wie *number needed to treat* oder *number needed to harm* etc. führen näher an die klinische Relevanz heran: Bei der Behandlung eines gering ausgeprägten Hochdrucks als einzigem Risikofaktor besteht nach Studienlage eine NNT (*number needed to treat*) von 540 in Bezug auf einen Schlaganfall innerhalb von zehn Jahren; bei der Behandlung eines deutlich ausgeprägten Hochdrucks sind es dann jedoch nur 45. Bei der Früherkennung von Mammakarzinomen beträgt die NNT 2000 in Bezug auf einen verhinderten Todesfall durch Mammakarzinom und zehn Jahre Mammographie-Screening. Für eine Tetanusimpfung ist die NNT überhaupt nicht ausrechenbar hoch.

Fazit

Trotz der vorgebrachten Warnung, Studienwissen und Leitlinienempfehlungen nicht „ungebrochen“, also ohne Berücksichtigung des „Menschen im Mittelpunkt“, auf diesen zu übertragen, muss festgehalten werden, dass die Entwicklung von EbM und Leitlinien einen großen Fortschritt für die medizinische Versorgung bedeutet. Die Gründe liegen darin, dass EbM und Leitlinien:

- als gewissenhafte Zusammenfassung des Studienwissens hilfreiche Informationsquellen auch für hausärztliche Entscheidungen sind;
- uns eine verlässliche Orientierung bei unserem Handeln geben;
- insbesondere dann hilfreich sind, wenn zwischen Intervention und Outcome a) kein zeitlich naher und b) kein zahlenmäßig starker Zusammenhang besteht, also unsere ärztliche Expertise in einem solchen Fall nur schlecht heranwachsen kann. Dies ist fast immer so bei allen präventiven Interventionen – hier sollten wir uns in der Regel auf Studienwissen verlassen.

Beispiel

Bei **Vorhofflimmern** kommt es gehäuft zu Schlaganfällen, deren Risiko sich mit einer Antikoagulationstherapie deutlich vermindern lässt. Dazu gibt es, anders als bei vielen anderen medizinischen Fragen, eine ganze Reihe von Studien, die differenzierte Handlungsempfehlungen für betroffene Patienten mit unterschiedlichen zusätzlichen Charakteristika erlauben (CHA2DS2-VASc-Score).

Ausgangspunkt: Der konkrete Patient sollte – nach Leitlinien und dem genannten Risikoscore – antikoaguliert werden. Er hat aber einen Widerwillen gegen eine Dauereinnahme von Antikoagulantien. Welche zusätzlichen Informationen können seinen Präferenzen entgegen kommen? Er hat intermittierendes Vorhofflimmern, das nur alle vier bis acht Wochen auftritt und mit oder ohne Behandlung („pill in the pocket“-Therapie) auch nur zwischen einer und maximal vier Stunden anhält.

Zur Situation des eher selten auftretenden und dabei nur kurz anhaltenden Vorhofflimmerns geben weder Leitlinien noch Risikoskalen Auskunft bzw. Empfehlungen. Vielmehr fasst der Begriff „intermittierendes Vorhofflimmern“, gleich welcher Häufigkeit und Dauer, alle Patienten mit dieser Symptomatik zusammen – obwohl es hoch plausibel ist, dass es in Bezug auf die zeitliche Ausdehnung des Vorhofflimmerns Unterschiede zwischen Untergruppen geben muss. Entsprechende Daten, die lediglich durch Beobachtungsstudien gestützt werden, sagen, dass die gefährdeten Thromben im Vorhof des Herzens mit dem potenziellen Risiko eines Schlaganfalls nach frühestens 4–48 Stunden Vorhofflimmern entstehen.

Daraus könnte also **folgende Empfehlung** für den o.g. Patienten abgeleitet werden: Eine Dauer-Antikoagulation ist nicht unbedingt notwendig, wenn man dafür sorgt, dass engmaschig – also alle paar Stunden – der Puls vom Patienten selbst kontrolliert wird, um das Auftreten bzw. Bestehenbleiben von Vorhofflimmern auszuschließen. Bei Weiterbestehen der Rhythmusstörung über 6–12 Stunden, sollte er dann aber doch mit der Antikoagulation beginnen.

Dies ist zwar nicht leitliniengerecht, aber auf die Präferenz des Patienten abgestimmt – und hat zumindest eine pathophysiologische Basis.

EbM und Leitlinien sollte man aber als das nehmen, was sie sind: Nur ein weiteres Hilfsmittel in dem komplexen Prozess individualisierter Entscheidungsfindung, die den „Menschen im Mittelpunkt“ behält.

Extrapolierende Entscheidung und „Unsicherheit“

Mit diesem Hilfsmittel plus dem ärztlichen Expertenwissen, was neben Medizinkenntnis auch die erlebte Anamnese als Basis hat, sowie bei Berücksichtigung der Präferenzen des Patienten sollte dann eine aus Leitlinienwissen extrapolierende Entscheidung für den „Patienten im Mittelpunkt“ entstehen [14, 15]. Aber eine solche extrapolierende Entscheidung auf der Basis dieser drei Größen – Studien, ärztliche Expertise und Patientenpräferenz – ist immer durch „Unsicherheit“ geprägt. Unsicherheit, ob die in einer Situation berücksichtigten Aspekte wirklich das Wesentliche für diesen Menschen erfasst haben, oder ob ich als Arzt etwas durch

Unwissen oder Übersehen nicht berücksichtigt, zu stark bewertet oder gar durch eigene „Vorurteile“ diminuiert habe. Es beginnt bei den oben geschilderten Problemen der Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf den „Patienten vor mir“ und betrifft noch mehr die Frage, ob meine Expertise und das, was ich von der Patientenpräferenz erfahren habe, wirklich oder zumindest wesentlich auf diesen Patienten zutrifft.

Damit ist ärztliches Handeln als Handeln im komplexen Entscheidungsraum beschrieben [16, 17]. Dies ist weit aus mehr und verlangt deutlich mehr Fähigkeiten als ein ungebrochenes Umsetzen von Leitlinien in einer zu versorgenden Bevölkerung.

Wie kann mehr Sicherheit in diesem Prozess komplexer Entscheidungsfindung gewonnen werden? Neben dem Sammeln ärztlicher Expertise und der Kenntnisnahme der wichtigen Studien und Leitlinien sind entscheidend:

- sehr gute Kenntnis eines Patienten sowie seiner Erkrankungen und seiner Reaktionen auf diese;

- gute Kenntnisse der Lebensumstände des Patienten – beides zusammen in der erlebten Anamnese gewonnen;
- und eine gewachsene Beziehung zwischen Patient und Arzt, die auch spüren lässt, ob das Passende für diesen „Menschen mir gegenüber“ entschieden wurde – was ggf. im Verlauf überprüft und gar revidiert werden muss.

Zukunft

Da schon an anderen Orten viel dazu gesagt wurde [18, 19], fasse ich hier nur zusammen: Die Zukunft der Hausarztpraxis wird vonseiten der Allgemeinmediziner durch größere Gruppenpraxen/Zentren, zahlreiche teilzeittätige Ärzte, mehrheitlich weibliche Hausärzte und ein multiprofessionelles Team sowie einen ausgegliederten Notfalldienst charakterisiert sein. Wesentliche Triebfeder dieser Entwicklung ist das gewandelte Selbstverständnis heutiger Ärzte, die ihr Recht auf Freizeit und die Lebensgestaltung außerhalb des Berufes weitaus mehr durchgesetzt sehen wollen als dies früher der Fall war. Auch sie nehmen also mehr ihr Recht in Anspruch, als „Mensch im Mittelpunkt“ gesehen zu werden.

Hinzu kommt eine generelle gesellschaftliche Entwicklung, nämlich die zunehmende Verweigerung der Bereitschaft, als Einzelner Verantwortung für Entscheidungen zu übernehmen. Dies aber muss insbesondere im hausärztlichen Setting andauernd getan werden – selbst wenn dieser Bereich besonders viel Entscheidungsunsicherheit aufweist [17] und zudem aus biostatistischen Gründen gerade nicht erlaubt, immer alles zu tun, an das man (hoffentlich) denkt [12, 13, 17].

Dies alles findet in Deutschland dann noch in einem Versorgungsbereich statt, in dem die Zahl der Generalisten, also der Hausärzte, und die der ambulant tätigen Spezialisten etwa gleich groß ist – mit der steigenden Tendenz zu einem immer geringer werdenden Anteil an Generalisten. Darüber hinaus erlauben die Versorgungsregularien in Deutschland einen zunehmend ungesteuerten Patientenzugang zum Spezialisten.

All dies führt dazu, dass der Kontakt eines Arztes zu „seinem“ Patienten in Zahl, Dauer und darüber auch oft Intensivität deutlich geringer wird. Der Hausarzt erfährt nur noch von Teilen dessen,

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz ...

... Facharzt für Innere Medizin sowie Facharzt für Allgemeinmedizin. 1984–1998 Hausarzt in Berlin; 1998–2011 Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf. Seit 2012 nach Emeritierung wieder in Hausarztpraxis nahe Köln tätig. DEGAM-Präsident bzw. Vizepräsident für neun Jahre. Lehrbeauftragter für Public Health (Epidemiologie, Prävention) erst in Berlin, dann Düsseldorf.

was beim Patienten – im Leben und ärztlich – geschieht; die erlebte Anamnese wird entleert. Und beide – Patient und Arzt – werden sich immer weniger gut kennen, denn sie sehen und erleben einander immer seltener. Eine gewachsene, tragfähige Beziehung lässt sich zunehmend seltener aufbauen. Erlebte Anamnese und gewachsene Patienten-Arzt-Beziehung aber sind, wie oben gezeigt, die Basis einer hausärztlichen Entscheidungsfindung, die den „Menschen im Mittelpunkt“ behält [12, 13, 19, 20]. Ist diese Basis brüchig, verschwindet sie gar, so wird es für verantwortliches ärztliches Handeln notwendig, sich zunehmend nur noch auf das „Medizinische“ eines Falls, einer Krankheitssituation zu beschränken. Hierzu passt dann – so irritierend es

jetzt klingen mag – auch ein Leitlinienverständnis, nach dem man jede Person/jeden Patienten mit einer Indikator-Erkrankung/Indikator-Symptomen mehr oder minder identisch zu behandeln hat. Und dies erlaubt – in Anlehnung an die historische technische Entwicklung in der Produktion – eine weitere Arbeitsteilung, weil jeder „Teil-Arbeiter“ nach dem „Buch“, das Leitlinie heißt, seinen Teil bearbeitet. Es werden nur noch wenige Koordinatoren für Zweifelsfälle gebraucht. Damit aber verlieren wir „den Menschen im Mittelpunkt“ aus den Augen – und geben unser Fach in seiner Spezifität auf. Der Platz wird frei für Spezialisten, *practice nurses* und *physician assistants* [21, 22].

Wir werden den „Mensch im Mittelpunkt“ als Prinzip hausärztlicher Versor-

gung nur halten können, wenn wir bereit sind,

- unsere Vorstellung von unserem Recht auf Freizeitgestaltung zu ändern,
- trotz der Unsicherheiten von Entscheidungen im hausärztlichen Bereich Verantwortung für unsere Entscheidungen mit oder für den Patienten zu übernehmen, und
- die Politik zur Schaffung/Wiederherstellung eines strukturierten Versorgungssystems mit gate-keeping zu veranlassen, das uns erlaubt, den Patienten wirklich gut zu kennen, Beziehungen mit Patienten aufzubauen. Denn nur dies lässt individualisierend behandeln – und macht den „Spaß“ an diesem Fach aus.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. H.-H. Abholz
Emeritus, Universität Düsseldorf
Institut für Allgemeinmedizin
Werdener Str 4
40227 Duesseldorf
abholz@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

1. McWhinney IR. A textbook of family medicine, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997
2. Feinstein AR. Clinical epidemiology: the architecture of clinical research. Philadelphia: Saunders, 1985
3. Sackett DL, Hanes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology – a basic science for clinical medicine. Boston: Little Brown, 1985
4. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet 2003; 362: 1225–30
5. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, et al. Evidence based medicine – how to practice and teach EbM. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000
6. Raspe H. Evidence based medicine: Modischer Unsinn, alter Wein in neuen Schläuchen oder aktuelle Notwendigkeit? ZEFQ 1996; 90: 553–62
7. Brockmann S. Hausärztliche Leitlinien zwischen Erfahrung und "Evidence". Düsseldorf: Omikron, 2004
8. Abholz H-H. Hausärztliche Leitlinien – eine Systematisierung. Z Allg Med 1995; 71: 1065–8
9. Abholz H-H. Nachdenkliches über Leitlinien – gewonnen an den Beobachtungen über deren Entstehung. Z Allg Med 2000; 76: 150–4
10. Gerlach FM, Beyer M, Berndt M, Szecsenyi J, Abholz HH, Fischer GC: Das DEGAM-Konzept – Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. ZEFQ 1999; 93: 111–20
11. Szecsenyi J, Abholz H-H, Gerlach FM, Kochen MM. Handlungsleitlinien für die Praxis entwerfen – aber wie? Z Allg Med 1995; 71: 958–66
12. Abholz H-H, Egidi G. Qualitätsindikatoren in der Hausärztlichen Versorgung – ein Provokationspapier. Z Allg Med 2009; 85: 260–3
13. Abholz H-H. Leitlinien: Vom „Kann“ zum „Soll“ und zurück – Auswirkungen auf ärztliches Tun. Z Allg Med 2014; 90: 256–60
14. Wegscheider K. Übertragung von Studienergebnissen auf den Versorgungsalltag – die therapeutische Praxis profitiert von der methodischen Vielfalt randomisierter und nicht-randomisierter Forschungsansätze. Z Allg Med 2009; 85: 53–9
15. Abholz H-H. Die Verdrängung des Individuums aus der Medizin – über Kollateralschäden des Fortschritts. Jahrb Krit Med/Gesundheitswiss 2014; 50: 173–89
16. Abholz H-H, Wilm S. Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Hrsg.): Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2017: 645–55
17. Donner-Banzhoff N, Abholz H-H. Epidemiologische und biostatistische Aspekte der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Hrsg.): Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2017: 558–74
18. Abholz H-H. Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie? Z Allg Med 2015; 91: 160–5
19. Reeve J. Interpretative medicine: supporting generalism in a changing primary care world. Occasional Papers 88. London: Royal College of General Practitioners, 2010
20. Kalitzkus V, Abholz H-H. Letzter Landarzt oder Arzt der Zukunft? Z Allg Med 2017; 93: 109–12
21. Korzilius H, Osterloh F. Ärzte sollen entlastet werden. Dtsch Arztebl 2017; 114: 1082–4
22. Korzilius H. Physician Assistants – Die Neuen im Ärzteteam. Dtsch Arztebl 2017; 114: 1084–7