

## Abholz HH. Der Mensch im Mittelpunkt? – Über den gesuchten Weg zwischen ärztlicher Expertise und EbM-Leitlinien. Z Allg Med 2017; 93: 445–449

### Leserbrief von Dr. Gernot Rüter

Harald Abholz ist für diesen Artikel sehr zu danken. Seinen Überlegungen kann in weiten Teilen nur zugestimmt werden. Über die Seite der externen (Studien-)Evidenz wurde sehr viel, sehr elaboriert geschrieben. Über die Seite „Der Mensch im Mittelpunkt“ eher weniger, insbesondere nicht über den „Mensch im Mittelpunkt“ der hausärztlichen Praxis. Abholz stellt ins Zentrum hausärztlicher Bemühungen:

Die sehr gute Kenntnis eines Patienten, seiner Erkrankungen und seiner Reaktionen auf diese, gute Kenntnis der Lebensumstände des Patienten – beides zusammen in der erlebten Anamnese gewonnen –, und eine gewachsene Beziehung zwischen Patient und Arzt, die auch erkennen lässt, ob das Passende für diesen „Menschen mir gegenüber“ unterschieden wurde.

Diese Ziele zu erreichen ist mindestens ebenso anspruchsvoll wie Studienevidenz zu deuten. Wissen und Können auch in diesem Bereich wachsen dem Arzt nicht von selbst zu. In zahlreichen Aufsätzen in den letzten 15 Jahren habe ich versucht, Konzepte zu formulieren, die von Abholz formulierten Ziele in der hausärztlichen Praxis erreichbar zu machen. Den Artikeln liegen mehr als zweitausend Stunden zugrunde, die ich in Balintgruppen mitgearbeitet habe. Andere als Studien-Abstraktionen, nämlich philosophische und künstlerische Grundierungen wurden einbezogen (Literatur auf Anfrage beim Verfasser). Themen sind: Komplexität in der allgemeinärztlichen Sprechstunde – Wofür verdient der Hausarzt sein Geld? – Jenseits der Klarheit – Ist Freiheit ein Begriff von Bedeutung für den tätigen Hausarzt? – Ärztliche Interventionen bei Lebensproblemen im Zusammenhang mit Kranksein – Bewegende Szenen in hausärztlicher und spezialisierter Medizin – Training fühlenden Gestaltens als ein Herzstück hausärztlicher Tätigkeit – Doppelpersatz der Aor-

ten und Mitralklappe – nur ein Teiletasch?

Mit Recht sieht Abholz die Gefahr, dass bei Nichtberücksichtigung von „EbM“ und „Der Mensch im Mittelpunkt“ wir Gefahr laufen, „unser Fach in seiner Spezifität“ aufzugeben und „den Platz frei[zugeben] für Spezialisten, practice nurses und physician assistants“.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Gernot Rüter  
Facharzt für Allgemeinmedizin,  
Chirotherapie – Palliativmedizin  
Blumenstr. 11/Postfach 30  
71726/71724 Benningen  
www.hausarztpraxis-benningen.de  
rueter@telemed.de

### Leserbrief von Dr. Wolfgang Hüther

Der Artikel von Heinz-Harald Abholz produziert eine seltsame, ideologisch gestimmte Verknüpfung zwischen einer m.E. etwas engen Definition („der Mensch im Mittelpunkt“ als „Spezifität“) der Allgemeinmedizin und deren drohendem Untergang durch neuzeitliche Lebens- und Arbeitsformen. Diese würden zwar mehr Freizeit, aber weniger Kontinuität und Eigenverantwortung generieren und deswegen am Kern (und dem Spaß an) der Allgemeinmedizin nagen.

Zweifellos ist die Kontinuität der Arzt-Patientenbeziehung in der Allgemeinmedizin essenziell. Aus meiner Sicht aber besteht der Kern der Allgemeinmedizin und ihr Hauptunterschied zu anderen Fächern aus einer guten Basisversorgung mit all ihren kurzen und langen Beziehungen, akuten Anlässen etc.

Die Kontinuität ist dabei nicht Ziel, sondern Mittel; Sie ist nicht allein abhängig vom „wie lange und wie oft“, sondern insbesondere vom „wie tief“?

Daher meine Fragen:

- Wo bleibt im Ansatz von Abholz die Betonung des Nutzens (und damit die

Relativierung überzogener Kontinuitätsanforderungen an den einzelnen Arzt) qualifizierender Methoden zur Vertiefung/Verbesserung der Arzt-Patientenbeziehung, z.B. in Balintgruppen?

- Wo bleibt die Anerkennung des Zusammenhangs von „mehrgleisigem“ Leben und positiver Rückstrahlung auf die Arbeit?
- Gibt es (außer ideologischen) wirklich belegbare Gründe, moderne Freizeitvorstellungen so kontraproduktiv für eine gute Allgemeinmedizin einzuschätzen, wie Abholz das tut?
- Warum fehlt die Anerkennung des Nutzens zeitnah möglicher Konsilien in der Gemeinschaftspraxis für Arzt/Ärztin und Patient/in und wo bleiben die Vorteile für gute, auf evidenzbasierter Medizin beruhende, abwägende Entscheidungen bzw. Empfehlungen? Entscheiden „Einzelkämpfer“ wirklich besser?
- Und auch: Sollten/könnten Frauen als Ärztinnen noch arbeiten? In Teilzeit? Ohne Kinder? Wo bleibt die Anerkennung weiblicher Potenziale für qualitativ hochstehende Medizin?

Um es aus meiner Sicht zusammenzufassen: Ein überholtes Welt- und Arbeitsbild, dass da aus einer zunächst pfiffigen Einordnung evidenzbasierter Medizin heraus ideologisiert wird.

**Interessenkonflikte:** Der Autor arbeitet in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis und hat durch diese Organisationsform auch mehr Zeit für seine Enkelinnen – mit ermunternder Rückwirkung auf seine tägliche Arbeit.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Wolfgang Hüther  
Facharzt und Lehrbeauftragter  
für Allgemeinmedizin  
Staufenerstraße 31  
79115 Freiburg  
schreiber-huether@t-online.de

### Leserbrief von Sandra Blumenthal

Heinz-Harald Abholz ist der Frage nachgegangen, ob wir durch eine Fokussierung auf die evidenzbasierte Medizin nicht den Menschen im Mittelpunkt unseres ärztlichen Handelns aus dem Blick verloren haben. Teilzeit und Teampraxis seien die Gegner dieser auf den Menschen ausgerichteten Allgemeinmedizin.

Die Qualität von Beziehungen wurde in der Vergangenheit mehr als einmal auf die Dauer von Kontaktzeiten oder die Quantität der gemeinsam verbrachten Zeit reduziert. So mussten – als ein anderes Beispiel – Generationen berufstätiger Mütter sich gegen das Ideal der (westdeutschen) Hausfrau der 1950er Jahre wehren, die immer für ihr Kind verfügbar sein sollte. Dabei unterliegen Beziehungen ebenso wie unser Verständnis von Krankheit oder Gesundheit soziokulturellen, historischen und politischen Strömungen [1, 2]. Deshalb verändert sich natürlich auch die Gestaltung einer qualitativ „guten“ Arzt-Patienten-Beziehung mit den politischen oder kulturellen Gegebenheiten und mit der jeweiligen Zeit, in der die Begegnung von Arzt und Patient stattfindet.

Sind mir meine Patienten nur aufgrund meiner Tätigkeit in Teilzeit weniger vertraut? Ist mit dem Wegfall patriarchischer Beziehungsmuster nicht vielleicht auch mehr Offenheit im Arzt-Patienten-Kontakt möglich? Vielleicht sind mir die multiplen Rollenanforderungen meiner Patienten heute bekannter, als es den Generationen von Hausärzten der 1950er und 1960er Jahre war.

Bei aller Kritik bleiben Abholz' Bedenken wertvoll. Mit Beginn des letzten Jahrhunderts haben wir ein vorrangig qualitatives Krankheitsverständnis durch ein biostatistisches Krankheitsmodell ersetzt [3]. Doch die „Vermessung“ des Menschen in der Medizin und seine Zuordnung zu größeren Gruppen wird inzwischen auch kritisch diskutiert [4, S.131 ff.]. Es ist richtig, diese Diskussion auch in der Allgemeinmedizin zu führen. Die Kernfrage von Abholz' Überlegungen lautet doch: „Auf welcher Basis soll der Hausarzt seine Entscheidungen treffen?“

Diese Frage ist nicht durch Ausweitung von Sprechstundenzeiten lösbar, sondern durch medizinethische Überlegungen und Diskussionen. Etablierte und gut anwendbare medizinethische Tools, die bei der Entscheidungsfindung helfen können [5], sind in der hausärztlichen Praxis jedoch kaum bekannt. Selbst die ideale Leitlinie kann nur Studienlage mit Expertenkonsens verbinden. Sie entlässt den einzelnen Arzt nicht aus der moralischen Verantwortung, mit dem einzelnen Patienten die „richtige“ Entscheidung zu treffen. Das ärztliche Ethos lässt sich nicht auf den Kollegen in der Gemeinschaftspraxis abwälzen.

Leitlinien bieten Handlungsempfehlungen, doch es ist an jedem Einzelnen, sie auf ihre medizinische und ethisch-moralische Validität im individuellen Patientenkontakt zu prüfen. Auf welcher Basis wir unsere Entscheidungen treffen, muss also von jedem Einzelnen immer wieder kritisch reflektiert werden. Ob wir bessere Entscheidungen treffen, nur weil wir öfter „da“ sind, wage ich infrage zu stellen.

#### Korrespondenzadresse

Sandra Blumenthal  
Ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin  
(Praxis Dr. Musche-Ambrosius, Potsdam)  
Detmolder Str. 15  
10715 Berlin  
sandra.blumenthal@web.de

#### Literatur

1. Badinter E. Die Mutterliebe; Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute. München: Piper Verlag, 1981
2. Canguilhem G. Das Normale und das Pathologische. Berlin: August Verlag, 2017
3. Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philos Sci* 1977; 44: 542–573
4. Lanzerath, D. Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik. Freiburg: Verlag Karl Alber, 2000
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, 1979

### Leserbrief von Dr. Martin Kotowicz

Qualität statt Quantität – können in Teilzeit tätige Ärztinnen und Ärzte das Niveau hausärztlicher Versorgung verbessern?

In weiten Teilen kann ich Ihrer Argumentation folgen. Widersprechen möchte ich Ihren Gedanken zum „Recht auf Freizeitgestaltung“, das die „heutigen Ärzte“ sich zunehmend nehmen würden.

Arbeiten in Teilzeit entspringt in meiner Wahrnehmung nicht dem Drang nach Freiheit unser Kolleginnen und Kollegen. Dieses „Recht“ ist vielmehr Resultat der Übernahme von nebenberuflichen Verpflichtungen und Verantwortung. Die jüngere Ärzte-Generation lebt in der Regel in gleichberechtigten Partnerschaften. Dem „klassischen Hausarzt“ nahm und nimmt häufig die Ehefrau den Großteil der gemeinsamen privaten Pflichten ab. So hat er natürlich mehr Zeit sich einer quantitativ größeren Patientenzahl zu widmen. Die neue Generation von Ärztinnen und Ärzte dagegen übernimmt zusätzlich zum Beruf auch eine tragende Rolle in der Kindererziehung und Haushaltsführung. Somit ist der Spielraum für Abendsprechstunden und regelhafte Patientenkontakte an Wochenenden, Feiertagen und nachts begrenzt.

Meine (vergleichsweise kurze) Erfahrung als Arzt zeigt mir außerdem, dass eine enge Patientenbindung in Teilzeit gut möglich ist, schließlich ist auch die Anzahl der durch mich betreuten Patienten geringer als beim *Homo medicus*.

Ein weiteres Argument gegen die von Abholz postulierte Überlegenheit des ständig verfügbaren Hausarztes ist aus meiner Sicht, dass viele medizinische Beratungsanlässe einen zeitlichen Aufschub dulden. Und selbst wenn der Patient in akuten Situationen einen anderen Kollegen aufsuchen muss, schließt dies nicht aus, dass ich zeitnah Kenntnis von dem Fall erhalten werde und im Krankheitsverlauf eine aktive und tragende Rolle einnehme. Eine Arbeitsteilung, z.B. mit Arzthelferinnen, dem Radiologen, Pathologen oder anderen Spezialisten ist essenzieller Bestandteil moderner und guter Medizin. Ein Monopol des Hausarztes auf den Patien-

ten und seine Krankheitsgeschichte existiert somit überhaupt nicht.

Ich möchte einen Schritt weitergehen und behaupten, dass die Teilzeittätigkeit eines Arztes die Versorgungsqualität unserer Patienten sogar verbessern kann. Als in Teilzeit arbeitender Vater gewinne ich neben dem Praxisbetrieb Lebenserfahrung, die mir einen besseren Zugang zur Lebensrealität meiner Patienten ermöglicht. Stichwort Empathie. Meine Teilzeittätigkeit ermöglicht es mir außerdem zahlreiche Fortbildungsangebote wahrzunehmen. Es bleibt mehr Zeit für die Reflexion meiner Patientenkontakte und meine Psychohygiene. Alles unbestritten Faktoren für eine gelingende Arzt-Patienten-Beziehung. So gesehen kann mir der „klassische Hausarzt“ nicht als Rollenmodell dienen, schon gar nicht sehe ich in ihm per se einen guten Weiterbilder.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Martin Kotowicz  
Unterer Brandl 31  
86633 Neuburg  
chigua1205@gmail.com

### Leserbrief von Dr. Karin Breitenstein

Einer Ansicht möchte ich entschieden widersprechen: der Aussage, eine gute Hausärztin\* könne man nur werden, indem wir „unsere Vorstellung von unserem Recht auf Freizeitgestaltung ... ändern“. Ergo: gute Ärztin nur in (mindestens) Vollzeit. Ob bewusst oder unabsichtlich: Dies ist ein Schlag vor allem gegen weibliche Hausärztinnen, die ja den Großteil der Teilzeitarbeitenden stellen und daher viel „Freizeit“ beanspruchen.

Als Mutter von 3 Kindern und Hausärztin in jahrelanger Teilzeit in einer Gemeinschaftspraxis möchte ich aus meiner Erfahrung sprechen: Ich habe viele Patientinnen, die ich regelmäßig behandle, sehr gut kenne und mit ihnen individuell die langfristige Therapie plane. Ab und zu kann es sein, dass diese Patienten in einer Akutsituation (z.B. für eine AU wegen Bagatellinfekt, wegen akutem Schmerz o.ä.) von einer Kollegin behandelt werden. In solchen Akutsituationen gibt es meiner Erfahrung nach wenig individuell Abzusprechen-

des, sondern vor allem die Feststellung, ob es sich um eine gefährliche oder eher um eine Bagatellerkrankung handelt. Nach der Akutversorgung durch eine Kollegin kann also ohne Weiteres wenig später mit mir das Weitere individuell besprochen werden. Ich hatte nie den Eindruck, dass dadurch die vorhandenen engen Beziehungen gestört wurden.

Andererseits haben wir zwei Kollegen in der Praxis, die genau so handeln, wie Prof. Abholz es vorschlägt: im Dauereinsatz. Sind diese beiden krank oder im Urlaub, stellt sich regelmäßig folgende Situation dar: Die meisten ihrer Patienten, die in die Praxis kommen und „ganz dringend“ sofort „ihren“ Doktor sprechen wollen, beschließen umgehend, ein paar Tage zu warten – so schlimm war's denn doch wohl nicht. Falls sie doch akut eine andere Kollegin konsultieren, sind sie oft sehr positiv überrascht. Und bei vielen der „ganz dringenden Hausbesuchsanfragen“, die wir von den Patienten dieser beiden Kollegen erhalten, stellt sich nach einem Telefonat heraus, dass diese problemlos eine Stunde später in der Praxis sein können ...

Die Frage ist also auch, ob wir nicht mit einer bedingungslosen „Wir sind immer für Sie da“-Haltung eine unnötige Anspruchshaltung der Patientinnen fördern und damit den Wert unserer Arbeit, die dann so selbstverständlich in Anspruch genommen wird, in den Augen der Patientinnen selbst verringern.

\*Ich verwende im Leserbrief ausschließlich die weibliche Form; gemeint sind immer Frauen und Männer; andernfalls weise ich gesondert darauf hin.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Karin Breitenstein  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Scharnhorststraße 115  
28211 Bremen

### Antwort von Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz

Der Leserbrief von Dr. Rüter unterstützt mein zentrales Argument, dass EbM und „Der Mensch im Mittelpunkt“ nur zu vereinbaren sind, wenn man den einzelnen Patienten gut kennt und zu ihm eine gewachsene und vertrauensvolle Beziehung hat. Denn EbM – so wie es heute

faktisch verstanden wird – basiert allein auf Studienwissen und das beinhaltet immer nur Aussagen zu Gruppen. Diese aber sind sehr oft nur sehr annähernd auf einen einzelnen Menschen übertragbar. Man kann das ignorieren und damit nur nach Leitlinien handeln, dies ist aber inadäquat in Bezug auf den einzelnen Menschen. Oder – was ich als Ausweg aus diesem Widerspruch darstellte – mit dem Studienwissen auf den „Patienten vor mir“ extrapolierend entscheiden. Dazu braucht es aber der sehr guten Kenntnis nicht nur der Medizin, sondern auch des Patienten. Ich habe dann bezweifelt, dass dies unter heutigen Arbeitsbedingungen sowie den heutigen Ansprüchen der Ärzte zu ihrem Leben noch aufrecht zu halten ist.

Die anderen vier Leserbriefe beziehen sich alle nur auf meine Zweifel daran, ob extrapolierende Arbeit für den „Mensch vor mir“ aufgrund von Teilzeitarbeit, Teamarbeit etc. überhaupt noch möglich ist. Aber sowohl ein tragfähiges Arzt-Patienten-Verhältnis als auch die „gute Kenntnis“ des Patienten (die über Diagnosekenntnis hinausgeht) braucht als eine der wichtigen Voraussetzungen die gemeinsame Zeit mit ihm.

Dabei äußert sich keiner der Leserbriefschreiber zur gesundheitspolitischen Unterminierung für „ausreichende Kontaktzeit“ durch den freien Zugang zum Spezialisten. Vielmehr gehen alle nur auf die *eigenen Bedingungen* geringerer Kontaktzeit ein und setzen Argumente dagegen:

Wegen des *Abbaus einer autoritären Arztrolle* sowie der *schöpferischen Rektion in Familie und Privatheit* als auch aufgrund der Zunahme von *Weiblichkeit* wären die Hürden heute verringert, sich dem Arzt gegenüber schnell zu öffnen. An diesen Argumenten ist sicherlich viel dran – belegen können wir alle so etwas aber leider nicht, weil historische Entwicklungen nicht mittels RCT analysierbar sind.

Alle Briefschreiber machen Aussagen zu weiteren günstigen Bedingungen für ein „tieferes Verstehen“ des Patienten, die ich nicht berücksichtigt habe: Balintgruppen, Selbstreflexion, psychosoziale Kompetenz, Erfahrung in Medizinethik, philosophische Überlegungen zu Krankheit und Gesundheit. Dem stimme ich voll zu, gebe aber zu bedenken, dass die aufgeführten Aspekte *generische* Verbesserungen (also Struk-

turqualität) betreffen. Um solche aber wirksam werden zu lassen, bedarf es immer der Anwendung im Kontakt mit dem Patienten (Prozessqualität). Hierbei ist die Zeit eine der wichtigsten Voraussetzungen für gute Prozessqualität. Denn nur durch insgesamt viel Zeit – nicht bei jedem Kontakt – und durch Kontakt bei unterschiedlichsten Behandlungsanlässen (Gelegenheiten) können Kenntnis und emotionale Beziehung zueinander wachsen. Dies entspricht einer Alltagserfahrung im gesamten Leben – einmal von der „Liebe auf den ersten Blick“ etc. abgesehen. Wenn diese Zeiten aber insgesamt kurz und in den Gelegenheiten selektiv sind, d.h. überwiegend nur bei „großen Behandlungsproblemen“, nicht auch bei den „banalen Anlässen“ stattfinden, und sie weit auseinanderliegen, dann hilft mir auch meine bessere psychosoziale Kompetenz nicht ausreichend, um den „Menschen vor mir“ zum Erzählen kommen zu lassen.

Frau Dr. Breitenstein sagt, dass mein „Zeit-Argument“ ein Argument gegen alle weiblichen Ärzte sei und zudem nicht stimme. Zu Ersterem sage ich, dass nach meiner Sicht weibliche Ärzte in der Tat dadurch benachteiligt sind, das Fach in seinen Reizen und seiner Interessantheit voll zu erleben. Denn wenn die Allgemeinmedizin nur als „gute Basisversorgung“ gelebt wird, tritt nach spätestens 8 bis 10 Jahren Langeweile ein. Nach Erfahrung vieler Hausärzte in Vollzeit ist man über die ersten 5 bis 6 Jahre noch medizinisch so gefordert, dass es Spaß macht. Dann kommt die Zeit, in der man genießt, dass man „seine Patienten“ ganz persönlich und gut kennt. Und ab dem 8. bis 10. Jahr erlebt man,

dass Letzteres nicht gestimmt hat: Denn erst dann fangen die Patienten an, von dem zu reden, was sie wirklich bewegt – und meist ohne Aufforderung zu oft Schrecklichem, Peinlichem, sehr Intimem. Dies habe ich auch so in meinen ersten 12 Jahren volltags erlebt. In den folgenden 20 Jahren in einer anderen Praxis mit erst wenig Teilzeit-, jetzt wieder Halbzeitarbeit fängt dieses Vertrauen erst wieder an – und nun macht diese Arbeit wieder sehr viel Spaß.

Frau Dr. Breitenstein – ähnlich wie Herr Dr. Kotowicz – sagt, dass der „Verlust“ an Kontakt bei den Bagatell- oder akuten Fällen nicht so wichtig sei, man könne sich ja berichten lassen. Dies entspricht dem sehr medizinbetonten Fachverständnis, bei dem das Banale wirklich banal bleibt. Im Lehrbuch von Michael M. Kochen gibt es ein Kapitel „Banale Fälle“, in dem gezeigt wird, dass dies meist gar nicht stimmt: Gerade hier gelingt es oft, mit wenigem Nachfragen sehr viel zu erfahren – was ansonsten nie „herausgekommen“ wäre.

Und Dr. Hüther und Dr. Kotowicz scheinen (schon?) ein ganz anderes Verständnis von der Allgemeinmedizin zu haben, wenn Dr. Hüther sagt, es „... besteht der Kern der Allgemeinmedizin ... in der guten Basisversorgung.“ Und Dr. Kotowicz ausdrückt: „... dass viele medizinische Behandlungsanlässe einen zeitlichen Aufschub dulden“. Dafür aber braucht es nicht die Fähigkeiten, die ich für das Fach untergehen sehe. Damit aber wären nun nach rund 35 Jahren die Kerninhalte des Faches *wieder* die Basisversorgung, gute Medizinikennntnis (heute EbM) und ein gutes Management.

Meine Generation hat über Jahre gegen diese „Kern-Definition“ gekämpft –

und auch (leider?) dabei erreicht, dass die deutsche Allgemeinmedizin viele Zuständigkeiten im Vergleich zum Arbeitsfeld in anderen Ländern wie z.B. NL, UK, DK etc. verloren hat. Wir „kämpften“ vor gut 35 Jahren gegen dieses medizinfokussierte Verständnis und übersahen, dass die „Ganz-Alten“ wahrscheinlich dabei immer auch den „Menschen im Mittelpunkt“ hatten – waren sie doch „immer da“.

Nun haben wir wahrscheinlich bald alles verloren: Die frühere Breite des Faches, die gute (menschliche, personelle) Erreichbarkeit und die, aus Letzterem resultierende, gewachsene Beziehung mit dem Patienten. Da frage ich mich doch ernsthaft, warum soll ein Patient noch zum Hausarzt gehen, sind doch die Spezialisten schon immer im „Speziellen“ besser und bald auch in der der fehlenden Berücksichtigung der „Ganzheit“ wahrscheinlich nicht einmal mehr schlechter als die Hausärzte neuer Ausprägung. Man kann eine solche Entwicklung bis hin zum Ende eines Faches so sehen wie Frau Dr. Blumenthal: „Beziehungen unterliegen ... sozio-kulturellen, historischen und politischen Strömungen“ – nur stellt sich die Frage, muss man diesen folgen oder kann man versuchen, sie zu beeinflussen (selbst wenn die Einflussmöglichkeiten sehr begrenzt sind)?

#### Korrespondenzadresse

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

## Piccoliori G, Sönnichsen A. Prävention des kolorektalen Karzinoms mit Acetylsalicylsäure (ASS). Zeitschr Allg Med 2017, 93: 435–438

### Leserbrief von Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz

Vielen Dank für die gute Übersicht zum Thema. Leider aber wurde nicht auf die Dosis des ASS eingegangen – und hier liegt ein präventives Dilemma. Bei den präventiven Interventionen „gegen“

das Kolonkarzinom sind fast durchgehend höhere Dosen von ASS zur Anwendung gekommen. Und hier scheint ja nach der vorgelegten Übersicht ein positiver Effekt vorzuliegen.

Nur weiß man schon sehr lange aus der Pharmakologie [1], dass ASS dosisabhängig widersprüchliche Effekte auf die

Thrombozytenaggregation hat: mit geringen Dosen einen günstigen, mit höheren Dosen einen geringeren bzw. negativen Effekt. Und entsprechend sind fast alle präventiven Studien zur KHK- und Schlaganfall-Prophylaxe mit ASS in niedriger Dosis erfolgreich durchgeführt worden, also mit 50–100 mg/Tag [2]. Und u.a. in der

hier zitierten Analyse [2] wird dies auch in den beiden einzigen Interventionsstudien mit 500 und 625 mg deutlich: kein Effekt auf die kardiovaskulären Ereignisse.

Wenn man sich nun ganzheitlich in Präventionsempfehlungen verhalten will, dann steckt man im Dilemma – wann eine Dosis, die ideal für kardiovaskuläre Prävention ist, und wann die Dosis, die eher die Kolonkarzinomentstehung vermindert?

#### Korrespondenzadresse

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

#### Literatur

1. Rocca B, Petrucci G. Variability in the responsiveness to low-dose aspirin: pharmacological and disease-related mechanisms. *Thrombosis* 2012, Article ID 376721, doi:10.1155/2012/376721
2. Guirguis-Blake JM, Evans CV, Senger CA, O'Connor EA, Whitlock EP. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2016; 164: 804–813

#### Antwort von Dr. Giuliano Piccoliori und Prof. Dr. Andreas Sönnichsen

Vielen Dank für die wichtige Anmerkung von Prof. Abholz zur Dosierung von ASS für die primäre Prävention des kolorektalen Karzinoms (KRK). Tatsächlich sind wir auf diese Frage in unserem Artikel nicht ausreichend eingegangen.

Die Frage der optimalen Dosierung von ASS wird seit langem diskutiert und ist nicht einmal für die kardiovaskuläre Prävention eindeutig geklärt. Insgesamt zeichnet sich aber doch ab, dass sowohl in

der kardiovaskulären als auch in der KRK-Prävention eine niedrige Dosis effektiv ist. Aus diesem Grunde empfiehlt auch die US Preventive Services Task Force (USPSTF) die Einnahme von niedrigdosierter ASS für die primäre Prävention von kardiovaskulären Krankheiten und kolorektalem Karzinom bei Erwachsenen zwischen 50 und 59 Jahren, die ein kardiovaskuläres 10-Jahres-Risiko >10 % haben [1].

Laut der 2015 publizierten systematischen Übersichtsarbeit (Kaiser Permanente Research Affiliates Evidence-based Practice Center, Kaiser Permanente Center for Health Research, Portland, OR), auf der die Empfehlungen der USPSTF basieren, senkt die tägliche oder auch nur tagesalternierende Einnahme von 75 mg oder mehr ASS die Kolonkarzinom-Mortalität um circa 33 %.

Eine große Metaanalyse aus dem Jahr 2011 [2] kommt zum Schluss, dass 75 mg ASS tgl. über 5 Jahre ausreichen, um die Mortalität für Krebs bei > 55-Jährigen nach 5 Jahren (NNT = 29) signifikant zu senken. Auch 20 Jahre später war der Effekt noch nachweisbar. In einer anderen Studie der gleichen Autoren [3] zeigte sich, dass 75 mg ASS täglich nicht nur die Mortalität um 35 %, sondern auch die Inzidenz des Kolonkarzinoms um 24 % reduzieren.

In der Studie von Cuzick et al. wurden keine Unterschiede im Präventionseffekt zwischen „low dose“ und „high dose“ ASS festgestellt [4]. Auch in der Case-Control-Studie von Friis et al. aus dem Jahr 2015 wurde der präventive Effekt von nur niedrigdosierter ASS (zwischen 75 und 150 mg) nachgewiesen.

Die derzeit vorhandene Literatur spricht insgesamt also sehr dafür, dass der prophylaktische Effekt hinsichtlich des KRK bereits durch niedrigdosierte ASS erzielt wird. Wie bereits in unserem ersten Artikel beschrieben, sind die Fragen nach der optimalen Dosierung (75, 100 oder 150 mg tgl.) und nach der individuellen Nutzen-Risiko-Abschätzung in

Anbetracht der erhöhten gastrointestinalen Blutungsgefahr derzeit noch offen, sodass eine allgemeine Empfehlung zur Einnahme von ASS als Präventionsmaßnahme zur Senkung des KRK-Risikos – unabhängig vom kardiovaskulären Risiko – im Moment (noch) nicht gerechtfertigt erscheint.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen  
Institut für Allgemeinmedizin und  
Familienmedizin  
Fakultät für Gesundheit  
Universität Witten/Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Straße 50  
58448 Witten  
Tel.: 02302 926741  
andreas.soennichsen@uni-wh.de

#### Literatur

1. Bibbins-Domingo K. Aspirin use for the primary prevention of cardiovascular disease and colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2016; 164: 836–845
2. Rothwell PM, Fowkes FG, Belch JF, Ogawa H, Warlow CP, Meade TW. Effect of daily aspirin on long-term risk of death due to cancer: analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet* 2011; 377: 31–41
3. Rothwell PM, Wilson M, Elwin CE, Norrving B, Algra A, Warlow CP, Meade TW. Long-term effect of aspirin on colorectal cancer incidence and mortality: 20-year follow-up of five randomized trials. *Lancet* 2010; 376: 1741–50
4. Cuzick J, Thorat MA, Bosetti C, et al. Estimates of benefits and harms of prophylactic use of aspirin in the general population. *Ann Oncol* 2015; 26: 47–57
5. Friis S, Riis AH, Erichsen R, Baron JA, Sørensen HT. Low-dose aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drug use and colorectal cancer risk: a population-based, case-control study. *Ann Intern Med* 2015; 163: 347–55