

# Wer sind unsere Auftraggeber?

Überlegung zur Vielfältigkeit und Wandlung bei den Auftraggebern von Hausärzten

## *Who Are Our Contractors?*

*Reflections on the Variety and Changes Concerning Our Contractors as Family Doctors*

Heinz-Harald Abholz<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Es werden zehn unterschiedliche, teilweise nicht immer als solche erkennbare Auftraggeber des Hausarztes – neben dem Auftraggeber Patient – benannt und die Interessenkonflikte des handelnden Hausarztes analysiert. Insbesondere bei den mehr konzeptionellen Auftraggebern – wie evidenzbasierte Medizin und Public Health-Orientierung – entstehen erhebliche Konflikte zum Anspruch des Auftraggebers Patient, der von uns verlangt, dass wir für ihn das Beste tun. Zudem machen wir uns nicht immer bewusst, wie weit wir schon primär im Auftrag anderer und nicht des Patienten tätig sind.

*Schlüsselwörter:* Allgemeinmedizin, Patienteninteresse, Evidenzbasierte Medizin, Public Health

**Abstract:** Ten different contractors – beside the patient – are listed and the conflicts of interest of the General practitioner/Family doctor are analysed. Especially the more conceptual contractors – as evidence based medicine and public health orientation – are often not identified as such, but important conflicts of interest result from following them. Not always we realize that we have started to be under contract of “others” than the patient, who is expecting that we do the best for him.

*Keywords:* general practice/family medicine, evidence based medicine, public health, patient’s interest

## Einleitung

Würde man Patienten oder Ärzte befragen, wer in der Hausarztpraxis Auftraggeber für den Arzt ist, so dürfte die Antwort relativ eindeutig sein: Das ist – immer noch – der Patient. Diese Antwort stimmt jedoch zunehmend weniger, möglicherweise bei einigen jüngeren Ärzten sogar kaum noch. Und ein zusätzliches Problem dabei ist, dass dies von allen Beteiligten – Ärzten und Patienten – fast nie bemerkt wird.

Reflektiert man aber nicht über die beteiligten oder alleinigen Auftraggeber bei unseren hausärztlichen Handlungen, so kann es zunehmend ein Problem werden, dem Patienten mit seinem Anspruch, „Tue das Beste für mich“, nun nicht nur nicht mehr gerecht zu werden, sondern ihm dies nicht einmal mitzuteilen.

## Wer sind die Auftraggeber?

In Tabelle 1 sind die 10 von mir ausgemachten Auftraggeber aufgeführt, die neben dem Patienten unsere Arbeit über ihren Auftrag mit beeinflussen. Da sind einmal die Auftraggeber, auf die wir meistens explizit aufmerksam gemacht werden und mit denen wir schon seit Jahren umzugehen gelernt haben. Hier spreche ich von den „Offensichtlichen Auftraggebern“. Dies sind die Verwandten, Bekannten und Nachbarn des Patienten, die Behörden (z. B. Versorgungsamt), Arbeitgeber (für AU-Bescheinigung etc.), Sozialversicherungsträger (Krankenkassen, Rentenversicherung) sowie die Gerichte. Geht es um einen Auftrag von diesen, so weiß auch der Patient um den Auftraggeber neben ihm. Dennoch spürt man nicht selten, dass der Patient sehr wohl davon ausgeht,

dass man weiterhin primär „das Beste für ihn tut“ bzw. tun müsste. Die Nähe zur erwarteten Gefälligkeit – wie dies dann manchmal genannt wird – ist offensichtlich.

Wichtiger und darum ausführlicher zu betrachten, erscheinen mir die Auftraggeber, über die wir in der Regel oder zumindest häufig nicht reflektieren und damit das Ausmaß deren Einflusses auch in der Regel nicht richtig einschätzen. Hier spreche ich von „Versteckten Auftraggebern“. Dies sind wir selbst als Ärzte in unserem Eigeninteresse, die Gesellschaft in deren Interesse, die uns leitenden Vorgaben aus evidenzbasierter Medizin, die uns leitende Orientierung auf ein Null-Risiko sowie die Vorgaben von Behandlungsprogrammen. Letztere sind zwar offensichtlich – gehörten damit in erstere Gruppe –, aber in ihren Konsequenzen für die hier abgehandelte Fra-

<sup>1</sup> Abt. für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Peer reviewed article eingereicht: 12.09.2009, akzeptiert: 23.11.2009

DOI 10.3238/zfa.2010.0031

gestellung sind sie eher nicht auf den ersten Blick transparent.

### 1. Offensichtliche Auftraggeber

Diese bringen uns in der Regel allein schon dadurch, dass sie sich explizit – z. B. eine Anfrage – „einbringen“, in eine Reflektion über mögliche Widersprüche zwischen deren Auftrag und unserem „eigentlichen“ Behandlungsauftrag, das Beste für den Patienten zu tun. Dies können wir dann transparent dem Patienten darstellen, dieser weiß es aber in der Regel auch selbst schon. Dennoch gibt es hier mitteilenswerte zusätzliche Aspekte.

#### 1. Verwandte, Bekannte und Nachbarn des Patienten

Die Nachbarn einer dementen Patientin, deren wesentliche Störung in dem isolierten massiven Gedächtnisverlust mit der daraus resultierenden Teil-Desorientierung besteht, wollen dass „hier etwas geschieht“; das sei ja eine Quälerei für die Frau, alleine weiter zu leben und nur eine Unterstützung durch einen Hilfsdienst zu haben. Es rieche doch aus der Wohnung. Man sah sich sogar durch Essensmotten bedroht, die aber gar nicht in der Wohnung der Patientin zu finden waren. Man müsse doch mehr für die Frau tun und wenn da keine Verwandten sind, dann müsse das doch der Arzt in Gang bringen, dass da etwas geschieht.

Die Patientin selbst hat schon immer, also auch in Zeiten, in denen sie voll zurechnungsfähig war, gesagt, sie möchte auf keinen Fall in ein Heim, sie möchte lieber, selbst unter schlechteren Bedingungen, zu Hause weiterleben und ggf. auch darüber vermittelt, früher sterben. Sie war immer eine Frau, die keine Hilfe anzunehmen in der Lage war.

Beide Ansprüche, die der Nachbarn als auch die der Patientin, sind legitim. Wir müssen uns aber fragen, wessen Auftrag wir folgen. Folgen wir dem der Patientin, dann verletzen wir den der Nachbarn, die dann – möglicherweise – über uns schlecht sprechen und sogar unser Interesse, in der Region angesehen zu sein, verletzen. Wir haben also eigentlich hier drei Auftraggeber: Patient, Nachbarn und wir selbst.

1. Verwandte, Nachbarn
2. Behörden
3. Arbeitgeber
4. Sozialversicherungsträger
5. Gerichte u.Ä.
6. Ärzte selbst
7. Gesellschaft – Public Health
8. Evidenzbasierte Medizin
9. Null-Risiko-Denken
10. DMP, P4P etc.

**Tabelle 1** Auftraggeber des Arztes – zusätzlich zum Patienten.

#### 2. Behörden

Ein Patient, der immer wieder fragliche Angina pectoris hat, sich aber bisher nicht koronarographieren und dann ggf. per stent oder OP behandeln lassen will, wird von seiner ARGE aufgefordert, dies tun zu lassen, weil man ihn ansonsten schwer vermitteln könne. Ich als Arzt sollte ein Formular gegenzeichnen, auf dem ich die medizinische Sinnhaftigkeit bestätige. Die ist gegeben, ist sie aber im Interesse des Patienten, den ich seit Jahren – auch noch mit Arbeit – als einen kenne, der nicht zuviel an Medizin an sich wirksam werden lassen will?

Und: Ist es vernünftig, mich auf eine medizinische Frage durch den Vordruck „festnageln“ zu lassen, obwohl es eben nicht nur und hier nicht einmal zentral eine medizinische Frage ist?

Ich unterstütze also den Patienten in seinem Auftrag an mich und gebe ihm eine Bescheinigung, dass es zwar medizinisch sinnvoll sein mag, aber nicht im Sinne des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten gehandelt wäre, ich daher nicht ärztlich zustimme – solange es nicht der Patient selbst will.

Nur kann ich den Patienten einer „Behörde“ gegenüber als Auftraggeber noch in folgender Situation an erster Stelle berücksichtigen? Wie ist es, wenn ich einem mental eingeschränkten Patienten, der so gern Auto fährt, der darüber noch am sozialen Leben teilnehmen kann, bescheinige, dass er im Verkehr nicht eingeschränkt sei? Ich tue das Beste für ihn, wenn es, was die Regel ist, nicht zum Unfall kommt. Ich tue aber

das Beste für den Auftraggeber, der die Bescheinigung als Erfüllung seines Auftrages durch mich ansehen muss – und der hier das Interesse der zu schützenden Gesellschaft vertritt. Dennoch ist dies oft nicht leicht umzusetzen.

### 3. Arbeitgeber

Der Arbeitgeber ist weiterhin als unser direkter Auftraggeber ausgeschaltet. Wenn dieser Auskunft über den Gesundheitszustand seines Arbeitnehmers haben möchte, dann muss er es über den „Umweg“ des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen tun. Dennoch wird er hier im Zusammenhang des Vortrags erwähnt, weil für diejenigen, die keine Arbeit haben, aber einen Quasi-Arbeitgeber, die ARGE, auch versucht wird, dieses Prinzip auszuhebeln.

Ich bin mehrmals mit Formularen der ARGE in unserer Region direkt konfrontiert worden, in denen ich dem Betreuer in der ARGE direkt Auskunft zum Gesundheitszustand des Patienten geben sollte, bzw. der Patient mit einem Vordruck zu mir geschickt wurde, auf dem er sich „verpflichtet hatte“, bestimmte Gesundheitsmaßnahmen bei mir durchführen zu lassen, die ich hier gegenzeichnen sollte.

Jedes Mal hat dies zur Beschwerde beim Datenschutzbeauftragten in NRW von meiner Seite geführt und so wurde die Auftraggeberschaft der ARGE jeweils auch abgewehrt.

Aber die betroffenen Patienten fragen zunehmend, ob ich noch ihr Interesse vertrete, weil doch sie die Leittragenden seien, wenn sie bei der ARGE nicht mit Wohlverhalten sich zeigten. Wir kommen hier in eine schwierige Lage, die gar fragen lässt, was das „wahre Interesse“ [15] des Patienten in einem solchen Falle ist, dem ich eigentlich folgen sollte: Seine Gesundheit, sein Recht auf Datenschutz, seine Position bei der ARGE? Wir könnten einfach sagen, wir seien für die Gesundheit da, das andere interessiere uns nicht – nur ist dies bei ganzheitlicher Betrachtung richtig?

### 4. Sozialversicherungsträger

Krankenkassen verlangen von uns, dass wir die Diagnosen codifiziert angeben. Sie brauchten diese bisher zur Überprü-

fung der Richtigkeit von Verordnungen oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. In letzter Zeit nutzen sie diese Diagnosen auch, um Risikoprofile von Patienten herzustellen, um diese dann von sich aus über ihren Case Manager bei dem Patienten anzusprechen und die Patienten ggf. zu zusätzlichen Behandlungen zu bringen.

Als Arzt werde ich hier in Behandlungsentscheidungen hineingebracht, die ich möglicherweise so nie aussprechen würde. Dabei bin ich mit meinen Datenlieferungen zugleich auch der, der ein solches Vorgehen der Krankenkassen ermöglicht.

Ein Patient, der sich möglichst aus allem Medizinischen raushalten möchte, den Arzt lieber „machen“ lassen will, wird nun, nur weil er einen Beta-Blocker verordnet bekommen hat und 63 Jahre alt ist, von der Krankenkasse kontaktiert, ob er nicht in ein DMP müsse. Die 35-jährige Frau, die wegen einer depressiven Reaktion in kritischer Ehesituation und bei Überforderung mit zwei halbwüchsigen Kindern längere Zeit arbeitsunfähig geschrieben wurde, wird zur Krankenkasse zitiert, um dort vom Case Manager gefragt zu werden, was denn da „los sei“, wie es denn mit dem Mann sei (auch dort versichert), ob man nicht weitergehende Maßnahmen in Gang setzen müsse?

Wir wissen aus Studien [8], dass ein Teil der Ärzte dies bisher zum Anlass genommen hat, nicht immer alle Diagnosen eines Patienten – insbesondere die sozial diskriminierenden – mitzuteilen: Sie wollen ungestört mit „ihrem Auftraggeber Patient“ bleiben. Aber wie lange hält dieser Widerstand – wenn wir gar bestimmte Diagnosen brauchen, um dann nach Pay for Performance bezahlt zu werden?

Bei der Begründung für einen Rehabilitations-Antrag gibt es eben auch immer zwei Auftraggeber. Folge ich dem Auftrag des Patienten, der Interesse an einer Rehabilitationsmaßnahme hat, dann muss ich manchmal die Krankheiten heftiger, als von mir wirklich gesehen, erscheinen lassen – und liefere möglicherweise schlechte Arbeit für den Auftraggeber des Formulars ab. Hier ist ärztliche Freiheit als Auslegungsfreiheit noch möglich und folgt dabei fast immer dem primär gedachten Hauptauftraggeber, dem Patienten. Denn nur dann, wenn ich eine Rehabilitations-

maßnahme wirklich als unsinnig, gar falsch werte, werde ich dies auch entsprechend ausdrücken.

Wie aber wäre es, wenn ich zukünftig haftbar für meine Aussagen, die zu einer Rehabilitation geführt haben, gemacht werde, weil meine „verstärkende Darstellung“ auffällig geworden ist?

## 5. Gerichte

Bei gerichtlichen Bescheinigungen ist offensichtlich, dass hier einerseits das Gericht erstrangiger Auftraggeber ist und dass ich schon heute hierbei haftbar dafür gemacht werden kann, wenn ich diesem Auftrag nicht „gut“, also wahrheitsgemäß, folge. Es ist hier im Ansatz schon ausgeschlossen, dass ich primär dem Auftrag des Patienten folge – es sei denn ich erkläre mich befangen – durch meinen Arbeitsauftrag vom Patienten.

Mit zunehmend artikuliertem Interesse der Gesellschaft, dass deren Aufträge zumindest gleichrangig zu dem des Patienten sein sollten, wird ahnbar, wie sich unsere Lage in Sachen Auftraggeber-Konflikte entwickeln könnte. Denn wir kommen zunehmend in die Lage, Gutachten bzw. Bescheinigungen schreiben zu müssen, die fast wie Aussagen für Gerichte anzusehen sind, aber vom Staat oder einem Sozialgericht eingefordert werden. Denken wir nur einmal daran, dass wir zukünftig bescheinigen müssen, ob ein Patient an einer Beratung zum Nutzen von Krebsfrüherkennung teilgenommen hat.

## II. Versteckte Auftraggeber

### 6. Ärzte als Auftraggeber

Wir Ärzte haben unsere eigenen Interessen, die zu „Aufträgen“ an uns selbst werden. Dies ist einmal der Blick auf das Geld: Wir wissen, dass wir nicht unwesentlich diesem „Auftrag“ folgen, also dort mehr tun als medizinisch und gar ärztlich notwendig ist, wo es mehr Geld gibt. Die Steuerung ärztlicher Leistungen über die Gebührenordnung ist weltweit bekanntester Ausdruck dafür. Als ich dies 1984 [7] erstmalig anhand der Literatur so darstellte, da ging damals ein Schrei der Empörung durch das Land. Zumindest damals war das

Geld für uns ein versteckter Auftraggeber.

Aber es gibt noch weitere „Aufträge“, die sich wesentlich auf „unsere Interessen“ zurückführen lassen: Ich werde von einer Patientin von mir zu ihrem Ehemann gerufen, weil dieser seit Tagen zu Hause im Bett läge, keinen Arzt bisher sehen wollte. Der „neue“ Patient ist mir bisher nicht bekannt, weil er – das wusste ich vorher schon von meiner Patientin – in seinem Leben kaum einen Arzt aufgesucht hatte. Er hielte nichts von diesen und der Medizin. Ich ging zum Hausbesuch und untersuchte den ikterischen Patienten, tastete eine grobhöckerige Leber, erfuhr von seiner Gewichtsabnahme schon vor dem Gelbwerden – und war sicher, dass er einen bösartigen Leber- oder Gallentumor haben muss. Der durch seinen bisherigen Umgang mit der Medizin demonstrierte – dann auch noch explizit im Gespräch mit mir nochmals machte – Behandlungsauftrag war: Ich will zu Hause bleiben, man kann mir „da“ nicht helfen, ich will meine Ruhe haben, aber die Übelkeit verlieren.

Und dennoch wies ich ihn ins Krankenhaus ein, setzte mich gegen seinen Auftrag, nicht ins Krankenhaus zu wollen, dennoch durch – selbst wissend, dass ihm dort nicht mehr geholfen werden konnte. Warum? Ich schätzte meine Patientin – also die Ehefrau – als eine ein, die bei dem anzunehmenden baldigen Versterben es dann auf den „Doktor“ schieben würde, dass es so zum Ende gekommen sei, man im Krankenhaus sicher noch etwas hätte tun können. Diesen Ruf wollte ich mir in der Umgebung meiner Praxis nicht einholen.

### 7. Die Gesellschaft als Auftraggeber

Die Gesellschaft wird sehr häufig Auftraggeber des Hausarztes. Dann nämlich, wenn es um Fragen der Gesundheit in einer Bevölkerung geht; also dem, was üblicherweise mit Public Health beschrieben wird.

Ein Großteil unserer Entscheidungen über die zu wählenden Antibiotika bei einer Infektion, die Empfehlung zur Mehrzahl der Früherkennungsuntersuchungen sowie Impfungen etc. sind – schaut man sich die Größenordnung des jeweiligen Nutzens bezogen auf den einzelnen Teilnehmer und

dem für die Gesellschaft an – ganz überwiegend nur primär Public-Health- und nicht individualmedizinisch begründbar [1]. Dies soll an 3 Beispielen illustriert werden:

- 1) Bei der Entscheidung, ob ich beim Vorliegen einer Blasenentzündung Trimethoprim oder ein Chinolon nehme, ist sogar explizit nicht individualmedizinisch begründet: Die Chance, dass ich mit dem gewählten Antibiotikum auch den bei meiner Patientin vorliegenden Keim treffe, ist bei Chinolonen höher als bei Trimethoprim (z. B. 90 % gegenüber 83 %); wobei sich allerdings der klinische Erfolg noch etwas geringer nur unterscheidet [10]. Wenn ich also nach der Leitlinie mich verhalte und das Trimethoprim wähle, dann verletze ich eigentlich den Behandlungsanspruch meiner Patientin, das Beste für sie zu tun. Ich tue es aus Rücksicht auf die epidemiologische Situation in einer Gesellschaft und möglicherweise auch in Bezug auf die unterschiedlichen Kosten, die durch die teureren Chinolone zustande kommen. Ich werde also im Sinne eines Public-Health-Auftrages tätig – und teile es nicht einmal der Patientin als Auftraggeberin mit.
- 2) Wenn ich – wie dies sogar in Deutschland im Gesetz vorgeschrieben ist – meine Patienten zur regelmäßigen Teilnahme an Krebsfrüherkennung gewinne, dann bleibt die folgende Problematik zu nennen: Gibt es überhaupt einen individualmedizinisch erlebbaren Nutzen, wenn – wie bei der Mammographie ab 50 Jahren – dieser in 1 verhindertem Todesfall an Mammakarzinom pro 2000 Teilnehmenden über 10 Jahre besteht? [12] Insbesondere ist diese Frage deswegen zu stellen, weil ja etwa 50-mal so viele Frauen aufgrund der regelmäßigen Teilnahme an dieser Früherkennung a) früher von ihrem Krebs erfahren, ohne dass dieser in diesen Fällen besser zu therapieren ist, bzw. b) von Krebsvorformen erfahren und aufgrund dieser behandelt werden, die sich in nennenswertem Anteil alleine zurückgebildet hätten (Carcinoma in situ) [1].  
Da der ja eher geringe individualmedizinische Nutzen in diesem Beispiel – und dann noch in Abwägung zum

Schaden – nicht von jedem Patienten identisch bewertet werden wird, müssen wir, wenn wir unserem Patienten-auftrag folgen, diesen über Nutzen und Schaden wahrhaftig und verständlich aufklären. Dies aber ist etwas, was das gesellschaftliche Interesse von Public Health erheblich tangiert – und daher bisher fast immer unterblieb [13]. Hier stehen die Interessen zweier Auftraggeber im Widerspruch.

Und spricht man mit Medizinstudenten in den letzten Semestern, dann sieht man, wie diese sich überwiegend entschieden haben: Man könne nicht die Patienten mit solchen Zahlen konfrontieren, denn dann würden sie nicht mitmachen. Was ängstigt hier? Die Antwort: Sie seien doch verantwortlich, dass nicht so viele an Mammakarzinom versterben. Man sieht, die Studenten haben den Public-Health-Auftrag schon übernommen, bemerken es aber nicht als „auffällig“ – was dessen Wirksamkeitswertung mit Perfektion garantiert.

- 3) Wenn ich einen Patienten mit einem Diabetes mellitus, der keine Komplikationen seines Diabetes oder weitere Risikofaktoren hat, davon überzeuge, dass er sich in seinem Essverhalten verändern müsse, um mit seinem durchschnittlichen HbA1c von 7,5 % auf 7,0 % zu kommen, dann ist der Nutzen für den einzelnen Patienten – gemessen an verhinderter Komplikation im Sinne von Augenschaden, diabetischem Fuß oder Niereninsuffizienz bzw. Herzinfarkt – so klein und in der Größenordnung von 1 zu 300 pro Jahr, dass sich die Frage stellt, in wessen Auftrag wir hier tätig werden, wenn wir diesen Zielwert dem Patienten nahelegen [6].

Zumindest ist bei einer solchen Größenordnung des Erfolgs – also so hohen NNT (Number Needed to Treat) – zu fordern, dass der Patient über den für ihn zu erwartenden Nutzen informiert werden muss, um dann zu entscheiden, ob es ihm das wert ist.

Man kann sich nun fragen, warum es überhaupt ein Public Health-Interesse gibt. Dies begründet sich einmal darin, dass die Gesellschaft – bei epidemiologisch-hygienischen Fragen – sich selbst schützen will. Es handelt sich in sol-

chen Fällen also um ein eindeutig legitimes Ziel und eines, bei dem auch der Einzelne davon profitieren kann: Er wird sich weniger wahrscheinlich nur noch anstecken, wenn z. B. breit geimpft worden ist oder andere entsprechende Maßnahmen durchgeführt wurden.

Bei all den Fragen der Zurückdrängung von Krankheiten wie Krebs, den Folgen von Diabetes und anderen häufigen, meist chronischen Erkrankungen jedoch ist es nicht die Ansteckungsgefahr, die hier Hintergrund für ein gesellschaftliches Interesse sein kann. Es ist hingegen sicherlich einerseits gesellschaftliche Fürsorge („Wir müssen uns doch kümmern“), aber andererseits auch ein sich verselbstständigtes Denken, das nur im „Zurückdrängen von Krankheit“ sein Ziel sieht [11]. Wenn man dann weiter fragt, warum ein solches Denken solche Macht haben kann, dann kommt man schließlich auf eine weitere Antwort: Es geht um Kostenreduktion für die Gesellschaft – also um gerade das, was auch immer angeführt wird, wenn Maßnahmen in ihrer Sinnhaftigkeit begründet werden sollen. Dies ist ebenfalls ein legitimer Anspruch: Denn das Wachen über die Gesundheits-Kosten dient auch dem Ziel, Gesundheit für alle finanzierbar zu halten. Hier stehen zwei legitime Ziele vertretende Auftraggeber vor uns – allerdings mit unterschiedlichen Aufträgen [4].

Es bleibt hierbei die Frage für uns: Ist dieser Public Health-Auftrag ein Behandlungsauftrag, den wir als Hausärzte so hoch ansetzen sollten, dass er den Behandlungsauftrag des Patienten an die zweite Stelle rücken lassen darf? Verneinen wir dies, dann müssen wir zukünftig konsequent den Patienten über den Nutzen, den er zu erwarten hat, in absoluten Größen (ARR oder NNT) und nicht relativen Angaben (RRR) aufklären: Die Prozentangaben dienen dazu, den Patienten zu täuschen, also Behandlung für ein Public-Health-Ziel zu erreichen [3]. Er muss mit entscheiden, ob er den Auftrag zu einer Behandlung (z. B. schärfere Hochdruckeinstellung mit einer Substanz mehr) uns danach noch gibt oder ob dieser dann heißen wird: „Begleite mich, aber akzeptiere, dass ich nicht ideal eingestellt werden will“.

## 8. Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien

Leitlinien haben eine erhebliche Macht. Wir werden – auf Studienergebnissen gegründet – heute in vielen Feldern der Medizin und der ärztlichen Versorgung durch die Vorgaben der Leitlinien zu einem bestimmten Handeln „gebracht“.

Solche „Regelwerke“ haben immer dann ihre besondere Berechtigung, wenn der Nutzen einer Behandlung relativ klein ist, also über unsere Erfahrung nicht mehr zu beurteilen ist, sondern eben nur in großen Studien zu eruieren ist. Hintergrund für diesen Verlust der ärztlichen Beurteilbarkeit von Nutzen und Schaden ist, dass wir immer kleinere „Risiken“ als Indikation für Behandlung generell akzeptieren. Nur wenn kleine Risiken durch Behandlung vermindert werden, dann kann Erfolg nur an tausenden Behandelten – und dazu noch oft erst nach Jahren – beurteilt werden. Dies aber ist nur noch mittels Studien möglich.

Wenn dies für zunehmend breitere Felder der Behandlung der Fall ist, dann taucht ein Problem auf: Wir müssen uns nach Studien bzw. Leitlinien richten, sie werden quasi zu unseren Auftraggebern. Der Patient in seiner Individualität rückt in den Hintergrund. Die Krankheit als idealtypische Figur sowie deren Behandlung rücken ins Zentrum.

Und gleichzeitig aber wissen wir, dass der Patient vor uns ganz häufig gar nicht der ist, der in der Gruppe der jeweiligen Studien überhaupt eingeschlossen worden wäre – weil er z. B. zu alt, zu jung gewesen wäre, Multimorbidität aufweist etc. Studien und somit Leitlinien treffen also nur ganz bedingt auf ihn zu. Wird also daher dennoch der Patient wieder primärer Auftraggeber?

Wir müssen, ausgehend von Leitlinien, extrapolieren. Wie aber können wir dies überhaupt, wenn die Bedingung stimmt, dass mit Erfahrung zumeist gar nicht mehr der individuelle Fall einzuschätzen ist – deswegen ja die großen Studien notwendig sind, um Nutzen und Schaden zu beschreiben.

Es gibt zwei Umgangsmöglichkeiten, die beide nicht ideal sind:

- Zum einen kann man „blind“ der Leitlinie folgen – gleich wie man den speziellen Patienten in seinen Konstellationen beurteilt. Dies kann man damit begründen, dass man in der Re-

gel keine erfahrungsbasierten Beurteilungskriterien, warum dieser Patient mit jener Zusatzbedingung von einer Behandlung eher profitiert oder nicht, annähernd verlässlich sammeln konnte – und man daher „alle Patienten über einen Leisten scheren“ muss.

Mit anderen Worten: Wir können uns dem „anderen Auftraggeber“, nämlich EBM, damit begründet unterwerfen. Der Patient wird hierbei zum „sekundären Auftraggeber“, weil er in dieser Logik nur noch Teil einer gedachten Gruppe, nämlich derjenigen, die in Studien mit Gewinn behandelt wurde, zugeordnet wird. Damit wird der Patient vom Individuum zum Gruppenmitglied.

- Zum anderen aber kann man auch noch in der Weise weitermachen, wie es die meisten Ärzte heute auch noch tun: Individualisierend bei der Extrapolation von Leitlinienvorgaben auf unseren Patienten entscheiden, obwohl man ahnt, dass dies in vielen Bereichen nicht rational begründet werden kann. Denn – wiederholend gesagt – für eine Vielzahl von Behandlungsproblemen gibt es keine im herkömmlichen Sinne rationale Grundlage mehr, hier Extrapolationen auf den Patienten vor mir vorzunehmen. Beim Festhalten an einem solchen individualisierenden Vorgehen würden wir weiterhin primär den Patienten als Auftraggeber sehen, EBM „nur“ als Entscheidungs-Hilfe, also als Ausgangspunkt für Extrapolationen auf den Patient, nutzen.

Wenn wir dann von EBM, z. B. von Leitlinien abweichen, dann können wir es „irgendwie“ für uns begründen oder intuitiv tun. Dies passt aber nicht in die Logik von EBM! Hingegen ist mit dieser Logik vereinbar, wenn Abweichung dann erfolgt, wenn entweder der Patient nach Aufklärung zu Nutzen und Schaden nicht einer Diagnostik oder Behandlung zustimmt, oder wenn wir den Patienten als einen „orten“, der in den Studien nicht untersucht wurde, also aufgrund von Alter, wegen Ko-Morbiditäten etc. ausgeschlossen war. Daher ist auch wichtig, bei Studien und Leitlinien immer darauf zu schauen, für welche Patientengruppe etwas gilt. Fällt der Patient vor uns also aus den Studienkollektiven zum gleichen Problem meines Pa-

tienten heraus, dann kann ich abweichen, extrapolieren, wie es für ihn sein könnte, ob er von einer Behandlung eher profitieren oder eher schaden nehmen könnte. Hier bewegen wir uns aber auf vagem Boden – nur gibt es keinen anderen und dann ist fast alles erlaubt.

Beide Wege, also EBM blind einzusetzen oder nur extrapolierend als Hilfsmittel einzusetzen, können konzeptionell nicht befriedigen. Wir müssen uns für diesen Bereich von Versorgung fragen, ob wir überhaupt noch „das Beste“ für unsere Patienten tun können. Solche Bereiche der Versorgung sind die, in denen immer „kleinere Risiken“ behandelt werden und deren Behandlung in ihrem Nutzen nicht mehr an unseren Patienten von uns beurteilt werden können. Denn „das Beste“ für ihn ist nicht mehr bestimmbar – außer wir sehen ihn als Angehörigen einer Gruppe, in die er allerdings auch von seinen Bedingungen meist nicht gut „passt“.

Dennoch ist hier auch festzuhalten, dass es weiterhin noch die Bereiche gibt, in denen wir sehr wohl die Auswirkungen unserer Behandlung „erleben“ und Erfahrung sammeln können – nur werden diese in unserem Alltag immer kleiner.

Nicht unerwähnt bleiben darf, dass bei wirklichem Verständnis von EBM auch um die Vergänglichkeit dieser Vernunft in Bezug auf die in Leitlinien vorgegebenen „Wahrheiten“ gewusst wird. So haben z. B. EBM-Wissenschaftler jüngst alle neueren Studien zum Auftreten von Schlaganfällen bei Patienten mit Vorhofflimmern ausgewertet und dabei festgestellt, dass die – bisher – in den Leitlinien festgehaltenen Vorgaben – insbes. in Bezug auf die Alterseinteilung bei der Risikobeschreibung – nur noch zum Teil stimmen. Diese nämlich basierten auf älteren Studien, bei denen die Bedingung zum Auftreten von Schlaganfällen noch anders als heute waren. Das Risiko sei heute deutlich geringer, sodass eigentlich andere Empfehlungen gelten müssten [16]. So etwas macht den Umgang mit EBM und seine Berechtigung für den Patienten vor mir nicht gerade leichter. Andererseits aber bekomme ich für die Überlegungen zur Extrapolation von EBM-Wissen auf meinen Patienten hierüber auch wichtige Informationen.

Wie sich der Umgang mit EBM konkret und auf dem hier skizzierten Hintergrund darstellen kann, zeigte eine Studie zur Anwendung der sogenannten Ottawa-Regel, die evidenzbasiert hilft zu entscheiden, ob bei einem oberen Sprunggelenkstrauma ein Röntgenbild angefertigt werden soll oder nicht. Der Evidenzstand ist wie folgt: Sind bestimmte Untersuchungskriterien nicht erfüllt, dann kann auf ein Röntgenbild verzichtet werden. Der Unsicherheitsgrad, hierbei knöcherne Läsionen, Sehnenrisse zu übersehen, die ansonsten eine frühzeitige Schienung zur Folge hätten, liegt bei etwa 5 %, die Einsparungen an Röntgenbildern bei etwa 80 %.

Das Problem, was die besagte Studie nun zu Tage brachte, ist: Viele Krankenschwestern als auch Ärzte in Erste-Hilfe-Stationen sahen zugleich den Behandlungsanspruch des Patienten, hier „ganze Sicherheit“ haben zu wollen (nicht nur 95 %ige). Sie folgen damit sehr oft diesem Anspruch und nicht dem der Leitlinie. Zudem möchten sie nicht mit dem Patienten über Röntgen oder Nicht-Röntgen „ewig“ diskutieren [9].

## 9. Null-Risiko-Denken

Da Medizin sich sehr auf Bereiche ausgeweitet hat, die faktisch eine Niedrig-Risiko-Behandlung beinhalten – also mit sehr hohen NNT einhergehen – ist es heute zunehmend, wenn nicht sogar mehrheitlich so, dass wir nach Vorgaben von EBM handeln müssen, weil eigene Erfahrung aufgrund der „Seltenheit des Phänomens“ nicht mehr wachsen kann. Eine eigentlich abstrakte Studienwahrheit wird nun zur Handlungsbegründung.

Wie gezeigt wurde, ist dies schon an sich ein Problem bei der Anwendung beim einzelnen Patienten, der meist anders als die Studienteilnehmer ist, aus deren Ergebnissen geschlussfolgert wird.

Aber es wird noch zu einem weiteren Problem: Bei vielen heute behandelten und zuvor auch diagnostizierten Krankheiten oder Vorformen von Krankheiten, gar Risikofaktoren, ist die Verbindung zwischen Behandlung und Nutzen für den Patienten – also dem primärem Auftraggeber vor uns – so gering, dass es für viele Patienten als irrelevant erscheinen müsste, sich auf dieser Basis behan-

deln zu lassen. Dennoch wird es getan, weil über die letzten Jahre eine allgemeine gesellschaftliche Orientierung gewachsen ist, die auf die Erreichung von Null-Risiko ausgerichtet ist. Entsprechend denken viele in dieser Orientierung auf ein „Null-Risiko“ – und wir als Ärzte werden auch daran beurteilt, ob wir dem folgen.

Dies ist eine Orientierung, eine Denkungsart, die gegen einerseits das Denken von EBM und dem von Public Health steht, aber dennoch erhebliche gesellschaftliche Macht hat. Diese Denkungsart wird somit zum „Auftraggeber“, der uns immer wieder fragen lässt, haben wir alles, also auch das kleinste Risiko ausgeschlossen. Und auch der Richter könnte uns dies einmal fragen!

Nun könnte man fragen, wo hier das Problem liegt, sei dies doch auch im Sinne des primären Auftraggebers, des Patienten. Nur ist dies oft und teilweise explizit nicht so, weil Patienten auch häufig andere Aufträge ausgegeben haben – z. B. solche, die sehr viel mehr auf Vermeidung von Medikalisierung, Nebenwirkungen etc. orientiert sind, und dabei eine Behandlung unter Auftrag des Null-Risiko-Denkens als zweitrangig erscheinen lassen.

Erklärt man z. B. Frauen, dass nur 1 von 2000 Frauen, die über die nächsten 10 Jahre regelmäßig an dem Mammographie-Screening teilnehmen, einen Nutzen habe, aber rund 600 Frauen Fehllarve bekämen, teilweise biopsiert werden müssten, sowie etwa 50 nur einfach früher von ihrem Karzinom erfahren, ohne dass ihnen besser geholfen werden könne [12], dann lautet der Behandlungsauftrag nicht selten, man möchte nicht teilnehmen, also nicht am Null-Risiko-Anstreben beteiligt sein.

Und würde man dann noch mitteilen, dass die Überdiagnose, also die „Fälle“, die sich nie zu einem Karzinom entwickelt hätten, zwischen 30 und 50 % liegt [14, 17], dann würde man sicherlich noch mehr Frauen von einer Teilnahme abbringen. Faktisch machen solche Informationen dann deutlich, dass das Anstreben von Null-Risiko nicht ohne erhebliche „Nebenwirkungen“ ist, die es zu bedenken gilt.

Aber es gibt auch andere Patienten, die alles einfordern, was ihr Risiko immer mehr – mit immer mehr Aufwand und Kosten – minimieren soll. Um die-

sem Auftrag dann zu folgen, muss man als Arzt, der das Beste für den Auftraggeber Patient im Auge hat, die unerwünschten Wirkungen wahrheitsgemäß und verständlich deutlich machen. Auch hier hilft shared decision making eher, als dass es uns Probleme macht.

In anderen Ländern, wie z. B. England, Kanada, Skandinavien, Niederlande, aber auch Norditalien, also den Angelsächsischen Medizinsystemen, ist der Interessenkonflikt zwischen Auftraggeber Null-Risiko-Denken einerseits und Auftraggeber Public Health andererseits gelöst: Mittels EBM wird alles auf ein Maß von optimiertem Aufwand-Nutzen gebracht. Was darüber hinaus unbedingt gewünscht wird, kann privat bezahlt werden – es sei denn es ist überwiegend schädlich (wie ein Teil „unserer“ IGe-Leistungen). Der Patient erfährt dann vom Arzt, der hier nicht mehr individuell entscheiden kann, dass diese oder jene Behandlung nicht mehr getragen werden kann, er dies nicht beeinflussen kann. Damit wird der Arzt aus dem Konflikt der Auftraggeber „Patient und Public Health“ herausgenommen.

## 10. Institutionalisierte Vorgaben durch Programme wie DMP und P4P

DMP als auch Pay for Performance (P4P) sind Vorgaben, die im ärztlichen Alltag mehr evidenzbasierte Medizin erzwingen sollen, gleichzeitig aber noch ganz andere Funktionen, wie z. B. Steuerung von Geldflüssen etc., als Begründung haben. Sie haben dabei meist eine schlechte, weil sehr vereinfachende EBM-Basis, sind aber in der Durchsetzung von EBM weitaus effektiver als das Handeln aufgrund alleiniger Kenntnisnahme von Leitlinien oder Studien. Und da sie besser in der Umsetzung steuernd wirken, erzwingen sie durch den Auftraggeber Krankenkasse oder Staat ein bestimmtes Handlungsmuster bei uns, was nicht immer noch etwas mit dem zu tun haben muss, was wir als des Patienten Behandlungsauftrag ansehen können.

Es gibt z. B. Patienten, die sich sehr ungern medikalisieren lassen, am besten mit ihrer Krankheit leben, wenn sie sie möglichst nicht beachten. Über ein DMP, an dem wir ja verdienen, oder gar

über ein P4P „müssen“ wir sie aber dazu zwingen, vierteljährlich z. B. ihren Cholesterinwert kontrollieren zu lassen – was, nebenbei bemerkt, an sich ja auch nach EBM eine unsinnige Maßnahme ist.

Oder Patienten kommen schon immer zu regelmäßigen Kontrollen, wollen dies aber nicht unter einer institutionalisierten Überschrift, wie einem DMP, vorgeschrieben bekommen.

Und ein weiteres, sehr viel größeres Problem: Die gesellschaftlich breit propagierte Partizipative Entscheidungsfindung, also z. B. das von Patient und Arzt gemeinsame Finden von Behandlungszielen, wird mit P4P endgültig ausgehebelt, weil wir in den Entscheidungskonflikt gebracht werden: Folgen wir dem Patientenauftrag, nach dem dieser sich z. B. gegen Medizin-Anwendung in einem Programm entscheidet, dann wird unsere Honorierung vermindert [2]. Wir verletzen unser finanzielles Interesse.

### **Wonach werden wir beurteilt?**

Jeder Auftraggeber beurteilt uns aus seiner Perspektive – selbst wenn er auch die anderen und deren Berechtigung wahrnimmt. Besonders bedeutsam wird es für uns und den Patienten immer dann, wenn es um das Geld, nämlich unsere Bezahlung geht, oder wenn wir juristisch beurteilt werden sollen. Wenn unsere Honorierung von bestimmten Vorgaben – nützlich für den einzelnen Patienten oder nicht – abhängig ist, dann haben wir einen erheblichen Druck in eine Richtung tätig zu werden.

In Bezug auf die Bezahlung mittels P4P werden wir Hausärzte, die ja gerade den integrativen Teil, die Komplexität des Handels bei sehr vielen Dingen im Zentrum der Arbeit haben, und die häufig ein Zuviel an Medizin abwehren wollen und sollen (Quartärprävention) [5], in große Probleme kommen. Wir stehen dann unter Druck, besonders viel zu tun und den Patienten dabei eher als Gruppenmitglied zu sehen – nämlich als Teil unseres Patientenkollektivs, das in X % erfolgreich in Bezug auf einen Wert behandelt wird.

In Bezug auf eine juristische Beurteilung ist es nicht ungleich schwierig: Gerichte – nach meiner Erfahrung – berücksichtigen in ihrer Beurteilung auch weiterhin noch, dass ein Allgemeinarzt, also ein Peer, als Sachverständiger die entscheidende Beurteilung abgibt. Dies ist – wiederum nach meiner Erfahrung – bei den Gutachterstellen der Ärztekammern längst nicht mehr so: Hier beurteilen Fachärzte ganz häufig primär Allgemeinärzte und sie tun dies mit ihrem Maßstab und auf Hintergrund ihres Behandlungsbereiches sowie ihrer Arbeitsaufgabe, die sich ganz grundsätzlich von der eines Allgemeinmediziners unterscheidet.

Bei ihnen hat z. B. Leitlinienwissen und Null-Risiko-Denken eine ganz andere Bedeutung, weil das Versorgungsfeld und die Epidemiologie der Krankheiten sowie deren Ausprägung ganz anders als bei uns, mit den „unselektierten Patienten“, sich darstellen.

Mit deren Beurteilungsmaßstab aber wird faktisch unterstellt, dass Leitlinienwissen und Null-Risiko-Denken unsere primären Auftraggeber waren bzw. hätten sein müssen – was so nicht stimmt.

Auf die Dauer wird dies zu einem weiteren Druck auf unsere Handlungsfreiheit führen: All das, was in guten Leitlinien vorne vorangestellt ist, nämlich im Einzelfall auch von Leitlinien begründet abweichen zu können (Extrapolation), wird in der Maschinerie einer Gutachterkommission der Ärztekammer oft nicht mehr beachtet. Es wird mit dem Maßstab einer standardisierten Medizin herangegangen, die sich selbst zum Auftraggeber faktisch erklärt und den Einzelnen und seinen Behandlungsauftrag nicht mehr ernst nimmt.

### **Was kann uns helfen?**

Die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient – nicht immer allerdings auch durchführbar – kann uns selbst und dem Patienten helfen, nicht den Zwängen anderer Auftraggeber zu folgen. Denn will ein Patient etwas nicht oder doch, dann haben wir ein starkes Argument, von Vorgaben abzuweichen.

Wir dürfen aber bei „Nutzung“ dieses Weges nicht der Gefahr verfallen, um jeden Preis in jeder Situation den Patienten einzubeziehen, um eigentlich unserem eigenem Interesse nach Absicherung zu folgen. Denn es gibt auch den Wunsch, den Patientenauftrag, nicht in alle Entscheidungen überhaupt einbezogen zu werden.

Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung muss mehr als bisher das Abwägen von Nutzen zu Schaden beachtet werden. Dies ist gerade in den Bereichen, bei denen die NNT groß sind, von Bedeutung. Und ob ein „gerettetes Leben“ mehr als 50 „umsonst Behandelte, aber damit früher von ihrem Leiden wissende Patienten“ wert ist, das können wir eh nicht entscheiden, das muss der Patient für sich entscheiden.

Wir selbst müssen darauf drängen, eigene Leitlinien für unsere Arbeit mit den in unserem Versorgungssektor geltenden Arbeitsbedingungen und Arbeitsaufträgen zu haben bzw. in Nationalen Versorgungsleitlinien für diesen Bereich vorrangig zuständig zu sein. Ansonsten kann es geschehen, dass wir in Kürze – ähnlich wie in P4P – auf ein Standardprogramm reduziert werden, das uns zu weiten Teilen überhaupt nicht mehr den Arbeitsauftrag des Patienten im Zentrum belassen ließe.

In diesem Zusammenhang gilt auch, dass wir etwas unternehmen müssen, dass Hausärzte bei den Schlichtungsstellen der Ärzteschaft nur von Hausärzten beurteilt werden dürfen, weil ansonsten – als Drohgebärde im Hintergrund – in unsere Behandlung ein falscher Auftraggeber hereingebracht wird.

Und wir sollten immer, aber zumindest bei etwas weiterreichenden Entscheidungen, uns der unterschiedlichen Auftraggeber im Klaren werden. Dabei sollten wir insbesondere auch unsere eigene Rolle als „Auftraggeber“ reflektieren.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

Anmerkung: Dieser Artikel beruht auf der überarbeiteten Fassung eines Vortrags, gehalten auf dem 19. Bielefelder Hausärztetag, 18. Nov. 2009.

## Literatur

1. Abholz H-H, Lerch C. Früherkennung, Screening – Zielsetzung und Gesetzmäßigkeiten. Teil I. *Z Allg Med* 2010, 86: 39–45
2. Abholz H-H, Egidi G. Qualitätsindikatoren in der hausärztlichen Versorgung – ein Provokationspapier. *Z Allg Med* 2009, 85: 260–63
3. Abholz H-H, Donner-Banzhoff N. Epidemiologische und biostatistische Aspekte der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Hrsg.) *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 3. vollständig überarbeitete Auflage, Stuttgart: Thieme; 2006: 2–10
4. Abholz H-H. Family medicine should emphasize population health care – a negative position. In: Buetow S, Kenealy T (eds): *Ideological debates in Family medicine*. New York: Nova Science, 2007, 63–72
5. Abholz H-H. Hausärztliche Prävention – Ein Vorschlag für eine Systematik. *Z Allg Med* 2006, 82: 50–55
6. Abholz H-H, Chantelau E. Was ist gesichert bei der Betreuung des Diabetikers Typ II – ein Evidenz-basierter Überblick in 4 Teilen, Teil III: Blutzucker senkende Therapien. *Z Allg Med* 2001, 77: 513–18
7. Abholz H-H, Dreykluft H-R. Ärztliches Abrechnungssystem und Qualität der Versorgung. *Das Argument* 1983, Ambulante Gesundheitsarbeit, Sonderband 102: 5–22
8. Becker N, Streng M, Sielk M, Pilars de Pilars M, Abholz H-H. Intuition und Professionalität – Konzepte von Allgemeinärzten zu Patienten mit depressiven Störungen – eine qualitative Interviewstudie. *Z Allg Med*. 2009, 85: 31–39
9. Bessen T, Clark R, Skakib S, Hughes G. A multifacete strategy for implementation of the Ottawa ankle rules in two emergency departments. *BMJ* 2009, 339: 396–99
10. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), Leitlinie Nr. 1 (revidierte Version): Brennen beim Wasserlassen. Düsseldorf: omicron-publishing, 2009
11. Fitzpatrick M. *The tyranny of health*. London: Routledge, 2001
12. Gotzsche PC, Nielsen N. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst rev*. 2009 Oct 7; (4): CD001877
13. Gummersbach E, Piccoliori G, Oriol Zerbe C, Attila Altiner A, Othman C, Christine Rose C, Abholz H-H. Are women getting relevant information about mammography screening for an informed consent: a critical appraisal of information brochures used for screening invitation in Germany, Italy, Spain and France. *European J Public Health* 2009; doi: 10.1093/eurpub/ckp174
14. Jorgensen KJ, Gotzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ* 2009 Jul 9; 339: b2587. doi: 10.1136/bmj.b2587
15. Marcuse H. *One-dimensional man*. Boston 1964 (bes. Kap.1)
16. Singer DE, Chang Y, Fang MC, Borowsky LH et al. The net clinical benefit of Warfarin anticoagulation in atrial fibrillation. *Amer Coll Physicians* 2009, 151: 297–305
17. Welch HG. Overdiagnosis and mammography screening. *BMJ* 2009 Jul 9; 339: b1425. doi: 10.1136/bmj.b1425