

11 Von der Theorie zur Praxis – Wie bekommt man Integrierte Medizin im ärztlichen Alltag ›gebacken‹?

»die Praxis von der Theorie her und die Theorie von der Praxis her durchsichtig machen«

»...dass in der Medizin Praxis und Theorie eine Einheit sind, in der Theorie die Form der Praxis bestimmt und Praxis ›ihre‹ Theorie kritisch reflektieren und, wenn notwendig, verändern muss.«

Thure von Uexküll (1a, 2)

Was heißt das, dass die Theorie die Form der Praxis bestimmt und die Praxis ihre Theorie kritisch reflektieren und, wenn notwendig, verändern muss? Wer von Theorien zur Medizin oder gar von einer Theorie der Medizin (3,4) spricht, hat sich zur Praxis des Arztseins und gegenüber ärztlichen Erfahrungen als Ergebnis dieser Praxis bereits in die Position des ›theoros‹, des griechischen Worts für Zuschauer, zurückgezogen. Auf die Herkunft des griechischen Wortpaares *praxis* und *theoria* bezogen, hat der an Medizintheorie interessierte Zuhörer oder Leser bereits auf den Zuschauerrängen Platz genommen, um im Stadion die ärztlichen Praktiker am Werke zu sehen. Die Beobachter- oder Theoretikerrolle hat Vorteile: »Wo die Athleten im Stadion schwitzend nicht nur siegen, sondern auch unterliegen, gilt der Theoretiker als der feinere, dem Risiko des Verlierens entobene Beobachter, Kommentator, Kritiker und Schiedsrichter« (5). So wie es keine Zuschauer ohne ein Geschehen gibt, so gibt es keine Medizintheorie ohne ärztliche Praxis.

Es soll daher beim Geschehen, bei der ärztlichen Praxis angefangen und gefragt werden, welche ärztlichen Erfahrungen, welche merkwürdigen Konglomerate aus Erlebnissen und Widerfahrnissen, mich dazu gebracht haben, neben oder hinter mir zu stehen, mir selbst bei der eigenen Praxis zuzuschauen, eine ›*exzentrische Position*‹ (6,7) einzunehmen und von dieser Position auf meine ›*zentrische Position*‹,

mein Involviertsein im Handeln und mein Betroffensein bei Widerfahrnissen zu reflektieren. So wie ein Kleinkind mit ›*trial and error*‹ und viel Übung allmählich laufen und die sensomotorischen Bahnungen sich einverleiben lernt, und so wie es ein paar Jahre Schule braucht, um nachdenken zu lernen und einen kleinen Aufsatz schreiben zu können, so ist das auch in der Medizin: erst wenn man einige Jahre in die Schule der ärztlichen Praxis gegangen ist, lernt man, von der leiblich-zentrischen Position des Handelns in die reflektierend-exzentrische Position des sich selbst Beobachtens (und zurück) zu wechseln (8). Anders formuliert: »Alle Erfahrung ... ist primär Erkenntnis durch Leibengagement, alle Theoriebildung ist primär Erkenntnis durch Reflexion« (9).

11.1 Die Sprache der Theorie

Wie bereits in Kapitel 3 zitiert, schreibt Thure von Uexküll 1994 (2): »Integrierte Psychosomatische Medizin erhebt den Anspruch, den heutigen Dualismus einer Medizin für seelenlose Körper und einer Medizin für körperlose Seelen zu überwinden. Sie will eine medizinische Betreuung kranker Menschen verwirklichen, welche die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme gleich ernst nimmt. »...dass die ›Integration‹ kein Zustand, sondern ein Prozess ist,« und »Eines aber sehen wir heute deutlicher als vor ... Jahren: Die Bedeutung der Tatsache, dass in der Medizin Praxis und Theorie eine Einheit sind, in der Theorie die Form der Praxis bestimmt und Praxis ›ihre‹ Theorie kritisch reflektieren und, wenn notwendig, verändern muss« (2). In der ›Integrierten Medizin‹ von 2002 heißt es: »Der Begriff eines ›Lebenden Ganzen‹ als ›psychophysische Einheit‹ ist für ein Modell der Integrierten Medizin von zentraler Bedeutung« (1b). »...setzen die Vorstellung von Ganzheiten voraus, die sich ...durch ›inneres Wachstum‹ und nicht durch ›äußere Zutaten‹ entwickeln« (1b). »Das biosemiotische Modell der nicht trivialen Maschine beschreibt die Umwelten der Lebewesen und die individuelle Wirklichkeit des Menschen als geschlossene Systeme (= Körper-Sein des Menschen). [...] Die Modelle der Anatomie, Physiologie und Biochemie sind Modelle der trivialen Maschine, sie beschreiben Wirklichkeiten als offene Systeme« (= Körper-Haben des Menschen). »Wenn wir sie unter den Gesichtspunkten der Zeichentheorie und Systemtheorie verstehen, beginnen sich die Umrisslinien einer Integrierten Medizin anzuzeichnen, welche die beiden Modelle in einem Meta-Modell vereinigt« (1c). Wenn man dies zum ersten Male liest, klingt das alles sehr abstrakt und von der ärztlichen Praxis weit entfernt.

11.2 Zielgerichtetes menschliches Handeln – die Kulturleistung methodischer Ordnung

In Kapitel 1 des vorliegenden Buchs wurde versucht, die Theorie der *Integrierten Medizin* (3,4) mit eigenen Worten zusammenzufassen. Von der Zuschauerebene theoretischer Überlegungen zurück in die Arena praktischen ärztlichen Handelns soll nachfolgend erläutert werden, wie reflektierend erkannte Handlungsziele methodisch in sinnvoll aufeinander folgende Teilschritte gegliedert und in tägliche Praxis umgesetzt werden können. Für zielgerichtetes menschliches Handeln gilt – dem Marburger Philosophen Peter Janisch zufolge (10,11) – die Kulturleistung methodischer Ordnung, will sagen, dass man eine bestimmte Reihenfolge bei Teilschritten einer komplexen Handlung einhalten muss, um zum Ziel zu kommen. Wie kurz in Kapitel 7, Absatz 7.2, angeführt, lernt man schon als Kleinkind mit dem Lied ›Backe, backe Kuchen‹, dass man sieben Sachen benötigt, um einen Kuchen zu backen: »Eier und Schmalz, Butter und Salz, Milch und Mehl, Safran macht den Kuchen gel« (12). Mit den sieben Sachen allein kann man aber noch keinen Kuchen backen, die sieben Sachen sind – philosophisch gesprochen – nur die Voraussetzungen der Möglichkeit zum Backen eines Kuchens. Man braucht auch ein Rezept, man muss – wie die Philosophie des methodischen Konstruktivismus (Kulturalismus) lehrt (10,11) – das Prinzip der methodischen Ordnung berücksichtigen und eine sinnvolle Anordnung von Teilschritten einhalten, damit das Ganze Erfolg hat. Und bevor man die Kulturleistung der sinnvollen Anordnung von Teilschritten nicht wieder und wieder praktisch eingeübt hat (erst den Teig anrühren, dann die Zutaten hinzufügen, dann den Teig gehen lassen, danach den Teig in die Kuchenform bringen, dann die Kuchenform mit dem Teig in den Backofen schieben und erst nach dem Abkühlen und Herausnehmen aus der Kuchenform den Schokoladenguss auftragen), klappt das mit Backen eines leckeren Kuchens nicht.

Der Exkurs über das Kuchenbacken hilft bei der Frage, wie bekomme ich *Integrierte Medizin* in der ärztlichen Praxis ›gebacken‹. Was sind meine sieben Sachen zum Backen, was sind die Voraussetzungen der Möglichkeit, das reflektierte Modell der *Integrierten Medizin* in der ärztlichen Praxis umzusetzen? Welche Reihenfolge der Teilschritte muss ich einhalten, damit das klappt? Gibt es ein Rezept, einen Plan? Meine ›sieben Sachen‹, und mein Rezept zur Reihenfolge der Teilschritte habe ich auf acht ›Ps‹ heruntergebrochen (siehe Abb. 11.1).

Nach R. Gross ist »...die erste Frage, die sich der Arzt stellen muss, die, wem er nützt: Dem Kranken, dem Kostenträger, der Gesellschaft [Heute muss man hinzufügen: den Gesellschaftern börsennotierter Konzerne (Einfügung O.Leiß)], oder gar sich selbst« (13).

- **1. P** und zentraler Fokus ist also der Patient – den Patient respektieren und ernst nehmen oder – wie es Thure von Uexküll formuliert hat – »Die Medizin

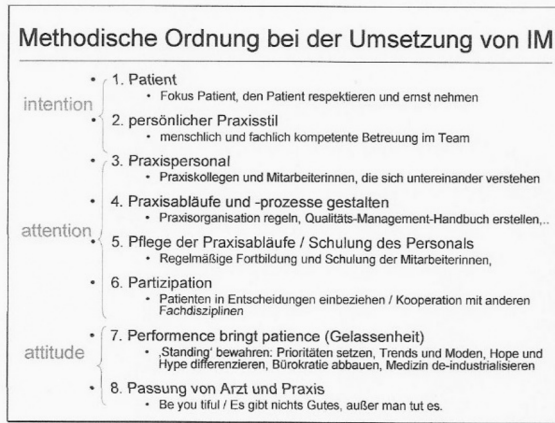


Abb. 11.1: **Die Kulturleistung methodischer Ordnung** bei der Umsetzung theoretischer Konzepte der Integrierten Medizin in den gastroenterologischen Praxisalltag (Diskussion im Text).

muss vom Menschen als Subjekt (und nicht von molekularbiologischen Teilen) ausgehen. Der Mensch lässt sich nicht nachträglich in die Heilkunde einführen.« (14).

- **2. P** ist die persönliche Praxisphilosophie. Für mich heißt das aufmerksame, achtsame ärztliche Praxis (3,4,15,16) (siehe Kapitel 7), sorgfältig zuhören (siehe Kapitel 6), ganzheitliche Wahrnehmung, Nuancen und Details beachten, gemeinsame Entscheidungsfindungen anstreben (17,18).
- **3. P** sind die Personen. Mit wem will ich wie arbeiten? Bin ich Einzelkämpfer, arbeite ich lieber im Team? Wie gestalten wir Praxiskollegen und -kolleginnen die Teamarbeit untereinander und mit den Mitarbeiterinnen (19-25)? Haben wir Teambesprechungen mit offener, ›herrschaftsfreier Kommunikation‹ und zeitnahe Feedback? Herrscht gegenseitiges Vertrauen und eine Kultur psychologischer Sicherheit (23-25)?
- **4. P** ist die Praxisorganisation und beinhaltet, Praxisabläufe und -prozesse zu klären und schriftlich festzulegen. Die Vorgehensweisen bei Erstkontakt und Anmeldung eines Patienten sind ebenso zu regeln wie die hygienische Aufbereitung der Endoskope und vieles andere mehr. Letztlich läuft das Regeln der praxisinternen Abläufe auf das Schreiben eines Qualitätsmanagement-Handbuchs für die Praxis hinaus (26).
- Das **5. P** klingt schon an, es ist ein altmodisches Wort: Pflegen, Pflegen und nochmals Pflegen: das bedeutet pfleglichen Umgang mit Patienten, Mitarbei-

terinnen und Kollegen, Pflege der eigenen Praxisphilosophie und des eigenen Stils, Pflege des Praxisumfelds und der Praxisabläufe.

- Das **6. P** steht für Partizipation, was sowohl die Einbeziehung des Patienten in Entscheidungen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (17,18) als auch die Teilhabe des beschränkten eigenen Wissens an speziellem Wissen von Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen (22) meint.
- Das **7. P** ist für mich die aus dem eingeübten und praktizierten Praxisstil, neu-deutsch der ›performance‹, resultierende ›patience‹. ›Patience‹ im Sinne von Gelassenheit, Resilienz gegen Trends und Moden der Medizin (27), ›patience‹ im Sinne von Mut, Prioritäten zu setzen und Stellung zu beziehen, ›hope‹ und ›hype‹ zu differenzieren, ›standing‹ zu leben, im Abbau von Bürokratie und der Rehumanisierung einer zunehmend industrialisierten Medizin (28).
- Das **8. P** ist Passung, Passung im handwerklichen Sinne von »sitzt, passt, hat Luft« der zuvor genannten sieben Ps, Passung von Organismus und Umwelt, Passung von Arzt und Praxis, Passung als gelebte Einheit von Theorie und Praxis. Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.

11.3 Gelebte Praxisphilosophie

Meine acht Ps sollen nachfolgend an ein paar Beispielen aus der Praxis verdeutlicht werden.

11.3.1 Fokus Patient

Eine 62-jährigen Patientin mit bekannter primär biliärer Zirrhose bzw. primär biliärer Cholangitis (PBC), wie man die Krankheit heute nennt, stellte sich zum ersten Mal vor. Nach mehrjähriger Betreuung in der Leberambulanz der Universitätsklinik war sie unzufrieden damit, dass sie bei den jährlichen Kontrollen jedes Mal einen anderen jungen Assistenzarzt vor sich hatte, der sich erst in den Krankenunterlagen schlau machen musste, was Sache ist. Aktuell seien die Leberwerte bei der hausärztlichen Kontrolle und der kürzlichen Kontrolle in der Uniklinik trotz regelmäßiger Einnahme von Ursodeoxycholsäure (UDCA) angestiegen, man habe ihr zu einer laparoskopischen Leberbiopsie geraten. Meine Frage, ob sie in letzter Zeit vermehrt Juckreiz verspüre, verneinte sie, ebenso die Frage, ob sie neue Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel eingenommen habe. Sie berichtete, dass eigentlich alles wie immer sei, lediglich kleine körperliche Anstrengungen würden sie stärker ermüden als noch vor einem halben Jahr. Bei der körperlichen Untersuchung fielen Teleangiektasien im Gesicht auf, die Haut war trocken, wies aber keine Kratzspuren auf. Es fanden sich minimale Unterschenkelödeme. Sonographisch war die Leberoberfläche glatt, kein Anhalt für zirrhotischen Umbau. Ich

veranlasste Laborkontrollen, vereinbarte mit der Patientin wegen der über einstündigen Anreise einen telefonischen Besprechungstermin und bat die Helferin, die Befunde der Uniklinik anzufordern. Respekt vor der Patientin, achtsames Zuhören, Heraushören, dass sie sich über die Unterstellung, sie habe ihre Medikamente nicht regelmäßig eingenommen, geärgert hatte und sorgfältige Untersuchung legten die Basis für eine langjährige vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Die anamnestische Angabe eines fehlenden Juckreizes und der körperliche Befund fehlender Kratzspuren waren für mich Hinweise, dass die Erhöhung der alkalischen Phosphatase (AP) nicht auf einen Aktivitätsanstieg der PBC zurückzuführen war, und dass eine andere Ursache dahinter stehen musste. Die Patientin hatte eine latente Schilddrüsenunterfunktion auf dem Boden einer häufig mit einer PBC assoziierten Hashimoto-Thyreoiditis entwickelt. Nach einschleichender Dosierung von L-Thyroxin und hausärztlicher Kontrolle der Leberparameter wurde die L-Thyroxindosis erhöht. Bei der gastroenterologischen Kontrolle acht Wochen später sah ich eine quicklebendige Patientin, die sich bedankte, dass ich ihr geglaubt hatte, dass sie ihre Tabletten regelmäßig genommen hatte, und dass ich ihr eine Leberbiopsie erspart hatte. Die Leberwerte hatten sich unter der zusätzlichen Schilddrüsenhormongabe völlig normalisiert.

11.3.2 Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Nach *Patient first* und dem achtsamen Praxisstil ein Beispiel für mein 3. P, die Personen, mit denen ich in der Praxis zusammenarbeite. Ich habe im Praxisplan donnerstags den ganzen Vormittag Koloskopien. Meine Endoskopieassistentin hatte mir am Morgen mitgeteilt, dass heute ihr Vater zur Vorsorgekoloskopie komme, sie habe ihm zuhause den Aufklärungsbogen erläutert, er habe danach erklärt, dass er kein zusätzliches offizielles Aufklärungsgespräch beim Arzt benötige, er vertraue der Tochter, dass sie schon wissen würde, welcher der sechs Ärzte der Praxis für ihn der richtige sei. Ich hatte im kleinen Befundungsraum neben dem Koloskopieraum meinen Befundbericht des zuvor untersuchten Patienten beendet, als aus der Umkleidekabine ein 60-jähriger Mann in den Koloskopieraum trat. Ich stellte mich vor, bat ihn, sich auf die Untersuchungsliege zu setzen, und fragte ihn, ob er die Vorbereitungslösung komplett getrunken habe, ob noch feste Stuhlreste beim letzten Stuhl dabei gewesen seien, ob er die Untersuchung kenne und früher schon einmal mitgemacht habe, wie aufgeregt er sei und ob er eine Beruhigungsspritze bei der Untersuchung wünsche. Ich checkte den mitgebrachten und unterschriebenen Aufklärungsbogen und fragte, ob er noch weitere Fragen habe. In diesem Moment kam meine assistierende Mitarbeiterin in den Untersuchungsraum, ich sah die Ähnlichkeit der Tochter mit dem Vater und sagte spontan: Mit der Besprechung zwischen Arzt und Patient bezüglich Vorbereitung der Untersuchung seien wir ja soweit durch, ich würde aber gerne noch etwas als Vater einer

25-jährigen Tochter zum Vater einer 25-jährigen Tochter sagen: Ich würde ja Hannah seit Beginn ihrer Ausbildung in der Praxis kennen und hätte erlebt, wie sie sich in den letzten sieben Jahren von einer schüchternen jungen Frau zu einer kompetenten, ruhigen und immer freundlichen Arzthelferin und Endoskopieassistentin entwickelt habe – das sei schon toll, da könne er als Vater richtig stolz auf seine Tochter sein. Es sei für einen Arzt sehr beruhigend, eine kompetente Mitarbeiterin zu haben, die den Monitor mit Blutdruck- und Sauerstoffsättigung im Auge habe, die, bevor ich was sage, schon eine Spritze mit Spüllösung oder eine Biopsiezange reicht, die den Patienten nach der Untersuchung in den Aufwachraum bringt, und ... und ... und. Der Eintritt der assistierenden Mitarbeiterin in den Untersuchungsraum, die nicht zu übersehende Ähnlichkeit zwischen Vater und Tochter hatte die Situation schlagartig verändert, das Arzt-Patienten-Gespräch kippte von der professionellen Endoskopiker-Sicht als Beobachter der Hohlräume des Patienten (*the holes of the patient*) zur ärztlichen Sicht des ganzen Patienten (*the whole patient*), zu einem persönlichen Gespräch zwischen Teilnehmern einer ähnlichen Lebenssituation, zwischen Vater und Vater über die Sorgen und Freuden, dass aus den Kindern etwas werde bzw. geworden ist.

11.3.3 Das organisatorische Miteinander

Den Praxiskontext gestalten auf der menschlichen Ebene mit Mitarbeiterinnen und Kolleginnen/Kollegen ist das eine, das andere betrifft den organisatorischen Kontext, das administrative Umfeld (P4 und P5). Wieder und immer wieder gilt es, den Mitarbeiterinnen verständlich zu machen, wie sehr es die Arbeit erleichtert, wenn der überweisende Hausarzt (mit Telefon- und Fax-Nummer) und die Telefonnummer des Patienten in der elektronischen Krankenakte vermerkt sind, damit ich auch am Mittwochnachmittag, wenn die Helferinnen der Anmeldung schon Feierabend haben, die letzte Koloskopie wegen zahlreicher Polyp-Abtragungen aber länger gedauert hat, den Befundbericht nicht nur dem Patienten mitgeben, sondern noch selbst per Fax an den Hausarzt senden kann, damit dieser – bei eventueller Nachblutung – informiert ist, was beim Patienten gemacht wurde.

Für einen Vortrag zum Thema »Grenzen der Polypektomie in der niedergelassenen Praxis« hatte ich mich belesen, ein paar Endoskopie-Aufnahmen herausgesucht und Powerpointfolien gestaltet (29). Beim Ausarbeiten wurde mir klar, dass das Thema auch auf der praxisinternen Fortbildung der Endoskopieschwestern besprochen werden muss und dass die englischsprachige Abbildung zum Schweizer-Käse-Modell der Entstehung von Fehlern, Komplikationen und unerwünschten Ereignissen (30) ins Deutsche übersetzt auch ins selbstgestrickte Praxishandbuch zum Qualitätsmanagement gehört (siehe Abb. 11.2.).

Gemeinsam sind wir dann die Verkettung kleiner Fehler, die zum unerwünschten Ereignis führen können, durchgegangen: das technische Equipment muss in

wieder angemahnt werden: Wir schaffen nicht gegeneinander, sondern miteinander!

11.3.4 Fortbildung und kollegiale Zusammenarbeit

Im nächsten Beispiel geht es um P1, P2, P4, P5 und P6. Eine 45-jährige Patientin, Sekretärin in einer mittelständigen Firma ca. 100 km entfernt, die ich in der Klinik nach ihrer Ileozökal-Resektion bei M. Crohn betreut hatte und damals auf eine immunsuppressive Therapie mit Azathioprin eingestellt hatte, berichtete bei einer Kontrolle in der Praxis, dass sie vermehrt Bauchschmerzen, Krämpfe und explosionsartige Durchfälle habe. Der Stuhl drang sei so imperativ, dass sie es kaum bis zur Toilette schaffe, kürzlich sei auch mal was in die Hose gegangen. Bei solchen explosionsartigen Durchfällen habe sie meist Herzrasen, zweimal sei sie auf der Toilette kollabiert. Der Hausarzt habe ihr zusätzlich zur immunsuppressiven Therapie bei Verdacht auf einen akuten Schub des M. Crohn Cortison verschrieben, das habe aber keine Besserung gebracht. Sie habe zurzeit viel Stress in der Firma wegen firmeninterner Umstellungen, sie mache viele Überstunden, nehme sich vorgekochtes Essen zur Arbeitsstelle mit, und sei abends fix und fertig. Zum Glück habe ihr Mann volles Verständnis für ihren aktuellen Stress in der Firma. Ihm seien jedoch vermehrt »nervöse« Flecken am Hals aufgefallen. Keine Gewichtsabnahme, kein Fieber, kein Blut im Stuhl. Keine Einnahme freiverkäuflicher Medikamente, keine Einnahme von Schmerzmitteln, kein Zusammenhang der Beschwerden mit der Art der Ernährung.

Bei der Untersuchung fand sich ein leichter Druckschmerz im Bereich der Narbe nach IC-Resektion, Blutdruck 130/80 mm Hg, Puls 72/min, keine Extrasystolen. Da ich die Patientin schon länger kannte, fragte ich noch, was sie denn Leckeres vorkoche und zur Arbeit mitnehme. Sie sprach von Nudel-Thunfisch-Salat, Tomaten, Käsebröten und davon, dass in der Schublade am Arbeitsplatz immer reichlich Schokolade vorhanden sei. Ich veranlasste Laboruntersuchungen und bat sie, beim Hausarzt eine Stuhlprobe zur Bestimmung von Calprotectin im Stuhl vorbeizubringen, je nach Ergebnis der Untersuchungen sei ggf. eine koloskopische Kontrolle nötig. Nach Vorliegen der Laborbefunde konnte ich das weitere telefonisch mit dem 100 km entfernt wohnendem Hausarzt und der Patientin besprechen. Der Fall ist ein Beispiel für eine Kombination aus achtsamer Praxis, kontinuierlicher ärztlicher Fortbildung (P2) und kollegialer Zusammenarbeit mit dem Hausarzt (P6). Bei der Anamnese der gewissenhaften und zuverlässigen Patientin waren mir drei Dinge aufgefallen, zum einen, dass sie beim Durchfall zweimal auf der Toilette kollabiert war und eine Tachykardie hatte, zum anderen, dass ihr Mann bei ihr rote Flecken am Hals beobachtet hatte, und drittens, dass sie wegen der vermehrten Überstunden ihre Ernährung geändert hatte. Kollaps auf der Toilette, rote Flecken am Hals, Thunfisch, Tomaten, Käse und Schokolade hatten

mich veranlasst, die Diaminoxidase, ein Histamin-abbauendes Enzym im Serum bestimmen zu lassen, was den Verdacht auf eine Histaminintoleranz bestätigte (31). Im Telefongespräch mit der Patientin habe ich ihr die Bauchschmerzen und Durchfall triggernde Histaminintoleranz und die diätetischen Maßnahmen erläutert und unsere Patienten-Info zuzufaxen lassen. Der anamnestisch angegebene weitere Punkt, dass der Hausarzt pragmatisch ›ex juvantibus‹ jedes Mal eine Therapie mit Cortison durchzuführen pflegte, gefiel mir nicht. Die veranlasste Calprotectin-Bestimmung im Stuhl war an der oberen Normgrenze gewesen. Ich erläuterte dem Hausarzt im Telefonat, dass der Entzündungsmarker im Stuhl bei einem Schub erhöht sei, und dass ich bei nahezu normalem Calprotectin-Wert nicht zusätzlich zur immunsuppressiven Azathioprin-Therapie 40 mg Cortison geben würde. Mit Aufklärung von Patientin und Hausarzt hatte ich das salutogene Feld beackert, bei der Patientin Verständnis und Handhabbarkeit im Umgang mit fälschlich der Krankheit zugeordneten Symptomen gefördert und beim Hausarzt klammheimlich eine Fortbildung und mit künftiger Verhinderung einer nicht indizierten Nebenwirkungsträchtigen ›ex-juvantibus-Therapie‹ erreicht.

11.3.5 Der Einfluss von Lebenswelt und Umfeld des Patienten

Die nächste Patientengeschichte ist ein anderes Beispiel dafür, wie hochkomplexe Therapien immer auch in eine lebensweltliche Praxis eingewebt sind und wie z.B. der langfristige Erfolg einer Lebertransplantation von Kleinigkeiten im Umfeld abhängt. Die knapp 18-jährige Patientin, die nach einer Lebertransplantation wegen Gallengangsatresie im Kindesalter operiert und bisher vom Kinderarzt in Zusammenarbeit mit der Leberambulanz der Uniklinik betreut worden war, stellte sich nach der Entlassung aus der Uniklinik erstmals in unserer gastroenterologischen Praxis vor. Wegen einer beginnenden Abstoßungsreaktion war sie stationär aufgenommen worden, durch eine Erhöhung der immunsuppressiven Therapie mit Tacrolimus und Mofetilmycofenat hatte man die Abstoßungsreaktion abfangen können (32) und die Patientin zur Weiterbetreuung an unsere Praxis verwiesen. Die Mutter der Patientin war in der Sprechstunde dabei, überreichte mir den Brief der Uniklinik und war sehr aufgeregt darüber, dass und wie das Beinahe-Unglück passieren konnte. Sie habe jahrelang genau darauf geachtet, dass ihre Tochter morgens, mittags und abends ihre Medikamente einnehme und regelmäßig zu den Laborkontrollen und Kontrollen der Blutspiegel der immunsuppressiven Therapie gegangen sei. Aber jetzt wolle ihre Tochter nicht mehr ›bemuttert‹ werden, sie habe einen Freund und habe einige Male nach dem abendlichen Ausgehen die Einnahme der Abendmedikation vergessen. Ich habe der Mutter erläutert, dass sie sich keine Vorwürfe machen müsse, im Gegenteil, die Tochter sei ja nur so groß und halb erwachsen geworden, weil sie jahrelang gewissenhaft die Einnahme der immunsuppressiven Therapie überwacht habe, aber jetzt sei die Tochter groß genug,

um die Verantwortung für ihr Leben und ihr Wohlbefinden langsam selbst in die Hand zu nehmen. Sie müsse das bald lernen, weil sonst spätestens im Studium in einer anderen Stadt größere, ja lebensbedrohliche Probleme auftreten könnten. Mein Job sei jetzt, ihnen beiden beim Übergang von dem, was die Tochter genervt – und vielleicht ein bisschen unfair – als ›Bemutterung‹ bezeichnet hat, hin zum Erwachsenwerden, zu größerer Eigenverantwortung zu helfen. Gemeinsam haben wir besprochen, dass die Mutter noch bis zum Abitur morgens und mittags die Tabletten vorbereite, die Tochter aber abends ab sofort selber verantwortlich sei, die Tabletteneinnahme nicht zu vergessen, dass dazu ein kleiner Vorrat an Medikamenten in der Handtasche und beim Freund deponiert werden müssten, dass sie zum anstehenden Geburtstag eine Armbanduhr mit Erinnerungswecker geschenkt bekomme, und dass der Freund ihr fürs Handy eine abendliche Erinnerungs-App einrichten solle. Ich habe, um sicher zu gehen, dass das klappt, anfangs engmaschigere Kontrollen des Tacrolimus-Spiegels veranlasst. Die Werte lagen jeweils im gewünschten Bereich, nach einem halben Jahr wurde die Dosierung der Immunsuppressiva vom Kollegen der Transplantationsambulanz wieder reduziert, nach bestandenem Abitur haben wir besprochen, dass es sinnvoll sei, in einer Stadt zu studieren, in der an der Universitätsklinik auch eine Lebertransplantation durchgeführt werde und wo sie zukünftig weiter betreut werden könne.

11.3.6 Gelassenheit gegenüber ›hypes‹

Ein Beispiel für das, was ich mit dem 7. P – *Patience*, Gelassenheit, bezeichne, ist ein ›standing‹ im Umgang mit Moden und ›hypes‹ in der Medizin. Konkretes Beispiel: aktueller Glutenhype. Ein 23-jähriger Student, stellte sich in der Praxis vor, weil er wissen wolle, ob er auf einer fünftägige Auslandsreise seine glutenfreien Nahrungsmittel mitnehmen müsse oder nicht. Er habe bei sich selber vor sieben Monaten eine Weizenunverträglichkeit festgestellt, habe sich im Internet schlau gemacht und halte seitdem eine glutenfreie Ernährung ein. Seine Blähungen und wechselnden, z.T. durchfälligen Stühle seien hierunter gebessert, er fühle sich auch wieder leistungsfähiger, die ›Mattscheibe‹, die ihm monatelang zu schaffen gemacht habe, sei weg. Er wollte wissen, wie streng er die glutenfreie Ernährung praktizieren müsse oder ob vielleicht doch eine Zöliakie vorliege. Das Gewicht habe sich vor und unter der glutenfreien Ernährung nicht geändert und liege seit Jahren konstant bei 73-74 kg. Aktuell habe er keine Bauchkrämpfe mehr, Blähungen würden nur nach Bohnen und Linsen auftreten, Stuhlgang habe er meist täglich, geformt. Die körperliche Untersuchung ergab keine Auffälligkeiten, keine brüchigen Haare oder Fingernägel, sonographisch keine erweiterten Dünndarmschlingen, kein Waschmaschinenphänomen, keine kleine Milz. Ich erläuterte dem Patienten, dass eine Weizenempfindlichkeit nicht mit einem einfachen Labortest bestätigt werden könne, sondern dass der Verdacht hierauf nur durch ein Weglassen der glutenfrei-

en Ernährung über mehrere Wochen, ein Wiederauftreten der Beschwerden unter Glutenbelastung und ein erneuter Rückgang der Beschwerden unter glutenfreier Ernährung, oder durch eine Plazebo-kontrollierte Glutenbelastung (33) in einer Spezialklinik bestätigt werden könne. Auch der Ausschluss einer Zöliakie sei nach siebenmonatiger glutenfreier Ernährung schwieriger als unter glutenhaltiger Ernährung. Die Transglutaminase-Antikörper könnten unter glutenfreier Ernährung schon abgefallen sein und die Zöliakie-typischen Schleimhautveränderungen im Duodenum schon partiell gebessert sein. Aber eigentlich wolle er ja keine Magen-spiegelung, da er Angst vor der Untersuchung habe.

Ich erläuterte dem Patienten, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Weizensensitivität im Fluss seien, dass hierüber zurzeit viel geforscht werde, aber auch viel Widersprüchliches publiziert werde. 2015 habe jemand festgestellt, dass 500 mal mehr Einträge zum Begriff ›Weizenunverträglichkeit‹ in den sozialen Medien zu finden seien als in wissenschaftlichen Datenbanken (Google : PubMed = 500 : 1 (34)), das zeige die Diskrepanz zwischen Medienrummel und sicherem Wissen und weise ihn auf die sprichwörtliche Schwierigkeit hin, die Spreu vom Weizen zu trennen (35). Ich besprach mit dem Patienten die Möglichkeit eines Gentests zum Ausschluss einer Zöliakie und erläuterte ihm, dass hierzu sein Einverständnis erforderlich sei. Ich veranlasste eine HLA-DQ2 und -DQ8-Bestimmung, eine Bestimmung des Blutbilds, der Leberparameter und Transglutaminase-Antikörper, des IgAs und der Antigliadin-Antikörper. Bei der Besprechung der Laborbefunde zehn Tage später konnte ich ihm sagen, dass bei fehlendem Nachweis von HLA-DQ2 oder -DQ8 die genetische Voraussetzung für eine mögliche Zöliakie fehlt, damit eine Zöliakie zu 99 % ausgeschlossen ist und ich keine Notwendigkeit für eine langfristige oder gar lebenslange glutenfreie Ernährung sehe. Da die IgE-Antikörper gegen Weizen negativ waren, lag keine Weizenallergie vor, und da auch die unspezifischen und nur bei 50 % der Patienten mit Weizensensitivität vorliegenden AGA-Antikörper negativ waren, habe ich auch keine Hinweise auf eine Weizenunverträglichkeit. Meines Erachtens liege ein Reizdarm-Syndrom vor, ich an seiner Stelle würde die glutenfreie Ernährung lockern und mich wieder normal ernähren und darauf achten, ob andere Nahrungsmittel an der Entstehung von Blähungen beteiligt seien. Zum Ausschluss einer Laktoseintoleranz würde ich noch einen Laktose-H₂-Atemtest veranlassen. Das Beispiel soll unterstreichen, dass es nichts bringt, mit einem Patienten darüber zu streiten, ob eine Modekrankheit real ist oder nicht, ob es die NCGS, die ›non-celiac gluten sensitivity‹, gibt oder nicht, die Patienten sind real, sie wollen Hilfe und müssen mit ihren Beschwerden ernst genommen werden.

11.3.7 Achtsame Praxis und Passung

Ein Beispiel für P1, Patient, P2, persönlicher Praxisstil/achtsame Praxis (15,16) und P8, Passung: Eine 32-jährige Patientin, Sekretärin, stellte sich zur Abklärung von chronischen Unterbauchbeschwerden vor. Die Beschwerden bestehen seit Jahren, seien aber in den letzten drei Monaten stärker geworden. Im Vordergrund standen Unterbauchkrämpfe, mal mehr rechtsseitig, mal auch linksseitig, z.T. mit Blähungen und weicherem Stuhlgang. Zwischendrin gab es auch Tage bis Wochen ohne Beschwerden. Der Stuhlgang war meist regelmäßig einmal täglich, kein Blut im Stuhl oder am Toilettenpapier, keine Schmerzen im After. Die Patientin war unverheiratet, hatte keinen Partner, Periode regelmäßig, eine gynäkologische Kontrolle bei ihrer Frauenärztin vor einem halben Jahr sei unauffällig gewesen. Es gab keine Tropenreisen in der Vorgeschichte, keinen aktuellen Zusammenhang der Bauchbeschwerden mit der Art der Ernährung, keinen Zusammenhang mit beruflichem Stress, die Arbeit mache ihr Spaß und lenke sie von den Unterbauchschmerzen ab. Sie hatte auch keine Bauchoperationen wie Blinddarmoperation oder gynäkologische Operationen. Nach der Anamneseerhebung bat ich die Patientin in den an das Sprechzimmer anschließenden Untersuchungsraum und bat sie, Bluse und Jeans auszuziehen, da ich auch die Wirbelsäule untersuchen wolle und einen Beckenschiefstand ausschließen wolle. Sie war eine schlanke Patientin, Wirbelsäule frei beweglich, keine Skoliose, kein Beckenschiefstand, Finger-Boden-Abstand 0 cm, kein Klopfschmerz der Nierenlager. Bei der Perkussion des Bauchs war kein tympanitischer Klopfeschall zu vernehmen, bei der Auskultation kein Rumoren. Bei der Palpation des Bauchs fing ich im Oberbauch an, die Bauchdecken waren weich, Leber und Milz nicht vergrößert. Auch der Unterbauch war weich, am McBurney'schen Punkt kein Druckschmerz, kein Loslassschmerz, keine Resistenz tastbar. Ich bat Sie, den Oberkörper leicht anzuheben, während ich etwas fester drückte und die Bauchwandmuskulatur abtaste, auch hierbei keine Schmerzen. Ich griff zum Ultraschallkopf, dimmte mit dem Fußschalter das Licht im Untersuchungsraum leicht ab und war dabei, etwas Ultraschallgel auf den Bauch der Patientin zu applizieren, als sie plötzlich in Tränen ausbrach. Mir kam eine dumpfe Ahnung (36,37), ich steckte den Ultraschallkopf wieder in die Halterung am Gerät, dimmte das Licht wieder höher, reichte der Patientin ein Papiertaschentuch und fragte, was passiert sei, beim Abtasten habe sie doch keine Schmerzen angegeben. Es braucht eine Weile, bis sie sich etwas beruhigt hat, Bluse und Jeans wieder angezogen hat und – auf der Kante der Untersuchungsliege sitzend – berichtet, sie habe noch nie mit jemand darüber gesprochen, aber vor über zehn Jahren sei sie von einem Mann, der sie nach einer Feier bei Freunden nach Hause fahren wollte, im Auto vergewaltigt worden. Was war geschehen, dass das jetzt plötzlich in ihr hochkam und sie erstmals mit jemandem darüber sprechen konnte? Als beobachtender Beobachter war ich ganz auf eine organmedizinische Abklärung fokussiert gewesen.

Ich weiß nicht, ob sie durch meine unvoreingenommene, gründliche und einfühlsame Untersuchung Vertrauen geschöpft hatte, erstmals mit jemand darüber zu reden, oder ob das Herunterdimmen des Lichts im Untersuchungsraums vor der Sonographie, das Alleinsein mit einem fremden Mann Ängste hochkommen ließ, die in fließenden Tränen einen Ausweg suchten.

Die Situation kippte zweifach, einmal die Sicht der Patientin auf mich als Arzt, als erstem Arzt, dem sie sich anvertrauen konnte, zum anderen meine Sicht auf die Patientin als Person, als junge Frau, die nach einem traumatischen Ereignis zehn Jahre keinen Mann an sich heran gelassen hat, aber vor drei Monaten jemand kennen gelernt hat, den sie sympathisch findet, aber sich noch nicht traut, sich auf ihn einzulassen. Nach dem 15-minütigen Gespräch, habe ich mich für ihr Vertrauen und ihren Mut bedankt, mir ihr Trauma anvertraut zu haben, habe ihr erläutert, dass wir die Ultraschalluntersuchung des Unterbauchs ein anderes Mal machen, dass das Gespräch jetzt viel wichtiger war, und dass die Gesprächstherapie bei einer erfahrenen psychosomatischen Kollegin fortgesetzt werden müsse.

Letztes Beispiel: Primärprävention mit Statinen. Wie in Kapitel 1 erläutert, beinhaltet *Integrierte Medizin* auch, Teil-Theorien wie die evidenzbasierte Medizin (EBM), die Genom-basierte Medizin oder die patientenzentrierte Medizin u.a. zu einer Gesamttheorie zu integrieren. Das erfordert, dass man sich mit diesen Teil-Theorien beschäftigt, ihre Vorteile und Nachteile erkennt, sie aber als das sieht, was sie sind, als Subsysteme, die in ein größeres System integriert werden müssen (siehe Kapitel 1). Wenn man beispielsweise EBM (38,39) in die patientenzentrierte Medizin (40) integrieren will, muss man das aus vielen Patienten gemittelte und statistisch gesicherte Wissen auf einen individuellen Patienten mit seinen Wünschen und Präferenzen herunterbrechen (41). Dann muss man Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Chancen verschiedener Therapieoption in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Patienten abwägen (18). Man muss auch Expertenempfehlungen, die einen mit Riesenfallzahlen und hochsignifikanten Ergebnissen erschlagen (42,43), aber die für mich als behandelnden Arzt die entscheidende NNT (number need to treat) verschweigen, als das erkennen, als was sie sich wenige Monate später herausstellen, als eine von Interessen geleitete Empfehlung von Experten, die mit der Industrie »verhandelt« sind (34). Man sollte skeptisch sein (45). Ich bin kein Epidemiologe, der aus Public-Health-Sicht Berge versetzen will (46). Ich behandle keine Bevölkerung und eine NNT von 500 zu 1 ist für meine Beratung eines konkreten Patienten irrelevant (41).

11.4 Fazit

Aus der Widerfahrnis, dass Patientenbeschwerden aus einem kleinen Bodensatz an ersten organischen Erkrankungen und einem großen »Hof« aus Ängsten, Sorgen,

Befürchtungen und funktionellen Beschwerden bestehen (47) und aus der Erkenntnis, dass die (technische) Endoskopie zwar in die ›holes of the patient‹, die Hohlräume des Patienten eindringen kann, nicht aber ›the whole patient‹, den ganzen Patienten sieht, habe ich den Wert der (eigentlichen) ›Innenschau‹, des ärztlichen Gesprächs, kennen- und achten gelernt.

Thure von Uexkülls Statement, dass die Medizin vom Menschen ausgehen müsse, weil sich der Mensch nicht nachträglich in die Biochemie einordnen lasse (14) und sein Konzept einer *Integrierten Medizin* (1,3,4), einer Humanmedizin, die diesen Namen verdient, haben vielfache Auswirkungen: die objektive, messbare Qualität und die subjektive, ›gefühlte‹ Qualität der Betreuung des Patienten nehmen zu und das Wohlbefinden des Arztes und seine Berufszufriedenheit bessern sich (16,20). Über die Auswirkungen auf Patient und Arzt hinaus bestehen auch Auswirkungen auf unser dysfunktionales Gesundheitssystem. Die Burnout-Rate der im Gesundheitssektor Arbeitenden nimmt ab, die Patientenzufriedenheit nimmt zu und Kosten (sowohl infolge Burnout-bedingten ›Turnover‹ als auch infolge der Fehlerquote im Gesundheitssystem) sinken (siehe Kapitel 7 und 10). Mein Schlusssatz stammt aus dem Buch ›Understanding Value-based Healthcare‹: »Government cannot do it. Payers cannot do it. Regulators cannot do it. Only the people who give the care can improve the care« (48).

Literatur

- 1 von Uexküll Th. Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002; 3-22. a) S. 4; b) S. 17; c) S. 22.
- 2 von Uexküll Th. Was ist und was will ›Integrierte Psychosomatische Medizin‹? In: von Uexküll Th (Hg.) Integrierte Psychosomatische Medizin. 3. Aufl. 1994. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 1994: 17-34 (Zitat S. 18).
- 3 von Uexküll Th, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1988.
- 4 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 3-42.
- 5 Janisch P. Was ist Erkenntnis? Eine philosophische Einführung. beck'sche reihe 1376. München: Verlag C.H. Beck; 2000.
- 6 Plessner H. Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Gesammelte Schriften IV. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard, E. Stöcker unter Mitwirkung von R.W. Schmidt, A. Wetterer

- und M.-J. Zemlin. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1981, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1627; 2003, 2. Aufl. 2016.
- 7 Fischer J. Exzentrische Positionalität – Studien zu Helmuth Plessner. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2016.
 - 8 Wald HS, Reis SP. Beyond the margins: Reflective writing and development of reflective capacity in medical education. *J Gen Intern Med* 2010; 25(7): 746-9.
 - 9 Apel K-O. Szientistik, Hermeneutik, Ideologiekritik – Entwurf einer Wissenschaftslehre in erkenntnisanthropologischer Sicht. In: Apel K-O. Transformation der Philosophie. Band 2: Das Apriori der Kommunikationsgemeinschaft. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 165; 1976: 96-127 (Zitat S. 99)
 - 10 Janich P. Konstruktivismus und Naturerkenntnis. Auf dem Weg zum Kulturalismus. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1244; 1996.
 - 11 Janich P. Kultur und Methode. Philosophie in einer wissenschaftlich geprägten Welt. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1773; 2006.
 - 12 Das große Liederbuch. 204 deutsche Volks- und Kinderlieder, gesammelt von Anne Diekmann, unter Mitwirkung von Willi Gohl, mit 156 bunten Bildern von Tomi Ungerer. Zürich: Diogenes Verlag AG; 1975. Sonderausgabe zum 80. Geburtstag von Tomi Ungerer, 2011: 31 Backe, backe Kuchen.
 - 13 Gross R. Geistige Grundlagen der Erkenntnisfindung in der Medizin. In: Gross R (Hg.). Geistige Grundlagen der Medizin. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo: Springer Verlag; 1985: 73-89.
 - 14 von Uexküll Th. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1998; 140(26): 4.
 - 15 Epstein R. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282: 833-839.
 - 16 Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York: Scibner; 2017, paperback edition 2018. a) S. 12ff.; b) S. 157-175.
 - 17 Schneider CE. *The Practice of Autonomy – Patients, Doctors and Medical Decisions*. New York: Oxford University Press; 1998.
 - 18 Edwards A, Elwyn G (eds.). *Shared decision making in health care – Achieving evidence-based patient choice*. 2nd edition. Oxford/New York: Oxford University Press, 2009.
 - 19 Gabelica C, Bossche P Van Den, Segers M, Gijsselaers W. Feedback, a powerful lever in teams: a review. *Educ Res Rev*. 2012; 7: 123-44.
 - 20 Welp A, Meier LI, Manser T. The interplay between teamwork, clinician's emotional exhaustion, and clinician-related patient safety: a longitudinal study. *Crit Care* 2016; 20: 110.
 - 21 Woolley AW, Chabris CF, Pentland A, Hashmi N, Malone TW. Evidence for a collective intelligence factor in the performance of human groups. *Science* 2010; 330: 686-8.

- 22 Hagemann V, Kluge A. Complex problem solving in teams: The impact of collective orientation on team process demands. *Front. Psychol.* 2017; 8: 1730.
- 23 Rosenbaum L. Divided we fall. *New Engl J Med* 2019; 380(7): 684-688.
- 24 Rosenbaum L. Cursed by knowledge – building a culture of psychological safety. *New Engl J Med* 2019; 380(8): 786-790.
- 25 Rosenbaum L. The not my problem problem. *New Engl J Med* 2019; 380(9): 881-885.
- 26 Knopp E, Knopp J. Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Leitfaden für ein schlankes QM-Handbuch – auch geeignet für QEP, KTQ, ISO, EFQM, EPA. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag; 2010.
- 27 Gropman J, Hartzband P. *Your Medical Mind. How to Decide What Is Right for You.* New York: Penguin Books; 2011.
- 28 Maio G. *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin.* Stuttgart: Schattauer-Verlag, 2012.
- 29 Leiß O, Clement Th, Börner N, Lutz-Vorderbrügge A, Goedderz W. Gibt es Grenzen der Polypektomie von Kolonpolypen in der niedergelassenen Praxis? *Verdauungskrankheiten* 2007; 25: 171-181.
- 30 Morath JM, Turnbull JE. *To Do No Harm. Ensuring Patient Safety in Health Care Organizations.* San Francisco: Jossey-Bass; 2005. (Abb. S. 53).
- 31 Jarisch R (Hg.). *Histaminintoleranz – Histamin und Seekrankheit.* 3. Aufl. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag; 2013.
- 32 Issa DH, Alkhoury N. Long-term management of liver transplant recipients: A review for the internist. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2015; 82: 361-372.
- 33 Catassi C, Elli L, Bonza B et al. Diagnosis of non-celiac gluten sensitivity (NCGS): The Salerno Experts' Criteria. *Nutrients* 2015; 7: 4966-4977.
- 34 Makharia A, Catassi C, Makharia GK. The overlap between irritable bowel syndrome and non-coeliac gluten sensitivity: a clinical dilemma. *Nutrients* 2015; 7: 10417-10426.
- 35 Leiß O. Reizdarm, Zöliakie, Weizenallergie, Weizensensitivität – die Schwierigkeit, die Spreu vom Weizen zu trennen. *Aktuel Ernährungsmed* 2017; 42: 287-303.
- 36 Drossman DA. Abuse, trauma and GI illness: Is there a link? *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 14-25.
- 37 Drossman DA. Biopsychosocial issues in Gastroenterology. In: Feldman M, Freidman LS, Brandt LJ (eds.). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Pathophysiology – Diagnosis – Management.* Philadelphia: Saunders/Elsevier; 10th edition 2016: 349-362.
- 38 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM.* New York/Edinburgh/London: Churchill Livingstone; 1997.

- 39 Howick J. *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*. Oxford: Wiley-Blackwell, BMJ Books; 2011.
- 40 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (eds.). *Patient-centered Medicine – Transforming the Clinical Method*. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2nd edition 2003.
- 41 Gropman J., Hartzband P. Where am I in the numbers? In: Gropman J, Hartzband P. *Your Medical Mind. How to Decide What Is Right for You*. New York: Penguin Books; 2011: 9-29.
- 42 Cholesterol Treatment Trialists (CTT) Collaboration: Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010; 376: 1670-1681.
- 43 Mills EJ, Wu P, Chong G, Ghemment I, Singh S, et al. Efficacy and safety of statin treatment for cardiovascular disease: a network meta-analysis of 170 255 patients from 76 randomized trials. *Q J Med* 2011; 104: 109-124.
- 44 Lenzer J. Majority of panellist on controversial new cholesterol guideline have current or recent ties to drug manufactures. *BMJ* 2013; 347: f6989.
- 45 Maimonides. In: Alpert JS, Coles R. *Loss of skepticism in medical education*. *Arch Intern Med* 1989; 149: 2637-2638.
- 46 Accad M. *Moving Mountains: A Socratic Challenge to the Theory and Practice of Population Medicine*. Green Publishing House; 2017.
- 47 Kroenke K, Mangelsdorff D. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med* 1989; 86: 262-266.
- 48 Berwick D, zitiert nach: Moriates C, Arora V, Shah N. *Understanding Value-Based Healthcare*. New York/Chicago/San Francisco: McGraw Hill Education – Lange; 2015: 337.