



Fragen von Ingrid Mühlhauser an Thomas Kühlein zum Disease Management Programm (DMP) Osteoporose

Am 30. Mai 2021, anlässlich des Satellitensymposiums „Osteoporose – Mythen und Fakten: Gute Gesundheitsinformationen als Voraussetzung für informierte Entscheidungen“ – eine Veranstaltung des Arbeitskreises Frauengesundheit (digital zwischen 11. und 18. Juni 2021)

Ingrid Mühlhauser: Lieber Herr Kühlein, wir kennen uns schon seit mehreren Jahren, vor allem auch über unsere gemeinsame Mitgliedschaft im Netzwerk Evidenzbasierte Medizin und auch über die DEGAM, die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

Ich habe Sie bisher wegen Ihrer oft kritischen Einstellung zur Vorsorgemedizin wahrgenommen.

Nun wird es ein Disease Management Programm (DMP) zu Osteoporose geben. Dabei sollen einerseits Patient*innen, die bereits an Osteoporose leiden, besser behandelt werden. Andererseits sollen auch Personen identifiziert werden, die zwar keine Beschwerden haben, aber ein erhöhtes Risiko für Knochenbrüche. Auch diese können sich in das DMP einschreiben lassen.

Sie haben als Vertreter der DEGAM die Verhandlungen zum DMP beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verfolgt. Und Sie haben sich schon länger mit dem Thema Osteoporose in der Hausarztpraxis beschäftigt.

Bisher sind noch keine Verträge mit den Krankenkassen geschlossen. Es scheint noch eine ganze Reihe offener Fragen zu geben. Das DMP kann also noch mitgestaltet werden.

Da es auch um Prävention von Osteoporose geht, wollen wir als Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) e.V. unsere Anliegen an die Ärzteschaft formulieren. Daher würde ich gerne mit Ihnen dieses Gespräch zum DMP Osteoporose führen.

Das DMP soll vorrangig in der Hausarztpraxis verankert werden. Der Hausarzt/die Hausärztin soll Koordinator*in und Lotse sein. Ist das aus Ihrer Sicht eine gute Lösung? Was hat es für Vorteile für die betroffenen Patient*innen, wenn der Hausarzt/die Hausärztin die Koordination übernimmt?

Thomas Kühlein:

Vielen Dank für die Möglichkeit hier ein paar kritische Gedanken zum Thema Osteoporose äußern zu dürfen.

Zunächst einmal möchte ich bei Ihrer Aussage vom Leiden an der Osteoporose einhaken. Meine Aussagen beziehen sich dabei vor allem auf die sogenannte primäre Osteoporose. Osteoporose ist allein über die Abnahme der Knochendichte definiert. Diese ist ein natürlicher Prozess, der früher oder später und mehr oder weniger bei den meisten Menschen im Alter einsetzt. Er erzeugt an sich keinerlei Leiden. Ihn als „systemische Skeletterkrankung“ zu bezeichnen, halte ich für eine unnötige Medikalisierung. Das Problem ist nicht die Osteoporose, sondern die Frakturen (Knochenbrüche). Ein DMP müsste also besser „DMP-Fragilitätsfrakturen“ heißen. Fragilitätsfrakturen sind Knochenbrüche, die mit noch jungen und stabileren Knochen wahrscheinlich nicht passiert wären.

*Der DVO (Dachverband Osteologie e.V.) und seine Unterorganisationen wollten ursprünglich keineswegs das DMP in die Hände der Hausärzte geben. Stattdessen sollten von ihm ausgebildete und zertifizierte allgemeine oder spezielle osteologisch qualifizierte Ärzt*innen das übernehmen. Wie immer bei solchen Verhandlungsprozessen kam es am Ende zu einem Kompromiss. Im Prinzip sind die Hausärzt*innen die Koordinatoren. Allerdings gibt es Ausnahmeregelungen, die genügend Spielraum lassen diese Koordinationsfunktion auszuhebeln. Ich kann den Patient*innen nur raten diese koordinierende Rolle ernster zu nehmen, als unser Gesundheitswesen dies tut, sie ist wichtig. „Viele Köche verderben den Brei“ und der Brei sind sie selbst. Das gilt nicht nur beim Thema Osteoporose. Viele Hausärzt*innen dürften sich bislang nicht gut mit dem Thema auskennen, bzw. erhalten in Fortbildungen sehr einseitige und plakative Informationen. Wie so oft, ist das Thema erheblich auch durch finanzielle Interessenskonflikte der Meinungsbildner zugunsten medikamentöser Therapien verzerrt.*

Ingrid Mühlhauser: Sie sehen das Konzept Osteoporose kritisch, geht es hier um eine Krankheit oder um einen Risikofaktor? Wie viele alte Menschen in einer Hausarztpraxis wären von einer Krankheit Osteoporose betroffen?

Thomas Kühlein:

*Zumindest die primäre Osteoporose, also der Knochenabbauprozess, der nicht in Folge anderer Erkrankungen oder Medikamente einsetzt, ist erst einmal ein natürlicher Alterungsprozess und keine Krankheit. Das heißt nicht etwa, dass man ihn deshalb stoisch hinnehmen müsste. Frakturen vermeiden zu wollen, ist ein berechtigtes Ziel. Entsprechend der Definition der Osteoporose, als Abweichung der Knochendichte vom Durchschnitt junger Frauen, hat man zeigen können, dass etwa 50% der Frauen im Alter von 80 Jahren und älter, die Diagnosekriterien erfüllen. Mit zunehmender Überalterung der Bevölkerung wird unvermeidlich die Zahl dieser Patient*innen steigen. Das macht das Thema nicht nur völlig berechtigt als medizinisches Thema, sondern auch für die pharmazeutische Industrie interessant.*

Ingrid Mühlhauser: Das DMP sieht vor, dass Patient*innen mit einem Frakturrisiko von mindestens 30% über die nächsten 10 Jahre am DMP teilnehmen können.

Das Risiko soll durch die Hausärzt*innen anhand von Risikofaktoren, Alter und Knochendichte (DXA) festgestellt werden. Gibt es dazu verlässliche Instrumente? Und können die interessierten Personen auch selbst das Risiko erheben, beispielsweise mit den Tests, die im Internet angeboten werden? Worauf müsste geachtet werden? Welche Unsicherheiten gibt es dabei?

Thomas Kühlein:

Das entscheidende Problem der Risikorechner entsteht dadurch, dass alle Frakturen gleichgesetzt werden. Tatsächlich gibt es da aber erhebliche Unterschiede. Wirbelkörper brechen in der Regel völlig anders als Unterarme und Schenkelhalse und haben auch ganz unterschiedliche Folgen. Die meisten Wirbelkörper deformieren einfach, verlieren an Höhe. Mit zunehmendem Alter haben die meisten

Menschen zumindest ansatzweise deformierte Wirbelkörper. Ab welcher Höhenminderung sie dann als Fraktur gerechnet werden, wurde z.B. in den Studien unterschiedlich gehandhabt. Erst bei mehreren erheblich deformierten Wirbelkörpern lassen sich auch eine verminderte Beweglichkeit und vermehrt Schmerzen nachweisen. Daneben gibt es natürlich auch Wirbelkörperfrakturen durch Stürze und andere Unfallmechanismen. Patient*innen mit mehrfachen Wirbelkörperfrakturen, insbesondere diejenigen bei denen dies ohne besonderen Anlass geschieht, sollten natürlich möglichst frühzeitig erfasst und behandelt werden, um solche Ausgänge zu vermeiden. Sie stellen jedoch keineswegs die Mehrheit dar. Unterarmfrakturen steigen ab dem 60. Lebensjahr an, wenn die Stürze zunehmen und sich die Patient*innen mit den Armen abzufangen versuchen. Unterarmfrakturen sind schmerzhaft, heilen aber in der Regel gut ab. Das Durchschnittsalter der Patient*innen mit Oberschenkelfrakturen liegt bei 80 Jahren. Sie entstehen vor allem durch zunehmend ungelente Stürze, bei denen die Patient*innen noch nicht einmal mehr die Arme zur Abwehr einsetzen, weshalb dann mit dem Anstieg der Oberschenkelfrakturen im hohen Alter auch die Unterarmfrakturen zurückgehen. Oberschenkelfrakturen haben die gravierendsten Folgen für die Patient*innen. Leider ist die präventive Kraft der Medikamente bei ihnen am geringsten ausgeprägt. Stürze und Frakturen nehmen vor allem mit zunehmender Gebrechlichkeit zu, die gleichzeitig einen gewissen Prädiktor für das nahende Lebensende darstellt. Kennzeichen der Gebrechlichkeit werden leider nicht in die Risikorechner mit einbezogen. Es fragt sich sehr, wieviel Sinn 10 Jahres-Risikoberechnungen bei gebrechlichen 80-Jährigen noch machen. Der Risikofaktor Knochendichte verschwindet bei diesen Frakturen immer mehr hinter anderen Risikofaktoren, die mit der Gebrechlichkeit und zunehmender Multimedikation einhergehen. Auch machen mit schwindender Zukunft präventive Medikamente immer weniger Sinn. Aber das lässt sich sicherlich nicht gut alleine am kalendarischen Alter festmachen, das in den Risikorechnern und in der Indikationsstellung für Medikamente eine so große Rolle spielt. Würde man die Leitlinienempfehlung konsequent anwenden, würde ich schätzen, dass etwa 75% der Frauen über 75 Jahre Antiosteoporotika erhalten würden. Kann das ein Ziel sein?

Ingrid Mühlhauser: Der Hausarzt/die Hausärztin soll prüfen, ob die betroffene Patientin von einer Einschreibung ins DMP in Bezug auf die gesetzten Therapieziele profitieren kann. Dabei geht es nicht nur um Vorbeugung von Knochenbrüchen, sondern auch um Erhalt der Lebensqualität. Das klingt doch sehr vernünftig.

Thomas Kühlein:

Ja, das würde ich auch so sehen. Ich habe nur Sorge, dass mit dem Thema wieder einmal die große Angsttrommel gerührt wird und die Kooperation zwischen Spezialist*innen und Hausarzt*innen dann ähnlich abläuft wie bei anderen Gesundheitsproblemen und Risikofaktoren auch. Wir haben hier in Deutschland die sogenannte doppelte Facharztschiene. Die Patient*innen können hingehen, wo sie wollen. Es ist schwer, den Patient*innen zu sagen, dass irgendwelche regelmäßigen Facharztgänge keinen Sinn machen, wenn diese die Patient*innen immer wieder einbestellen und ihnen gleichzeitig sagen, das sei unbedingt nötig, wenn sie sich nicht den Schenkelhals brechen wollen. Man kann das Thema Osteoporose ähnlich sehen, wie das Thema Cholesterin. Auch hier wurde ein einzelner Risikofaktor aus einer Vielzahl herausgegriffen und ins Bewusstsein der Menschen getragen. Cholesterinsenker gehören zu den Verkaufsschlagern unter den Medikamenten. Sie machen bei vielen Patient*innen durchaus Sinn, aber wir wissen auch, dass sie gerade in der Primärprävention zu häufig verschrieben werden. Die ganz große Hexenjagd nach dem Cholesterin haben wir erfreulicherweise hinter uns. Ich fürchte mich davor diese Jagd beim Thema Knochendichte vor uns zu haben. Patient*innen dürfen im Rahmen des DMPs selbst bestimmen, wer ihr Osteologe sein soll. Wir Hausarzt*innen kennen das Spiel gut. Zu Beginn des Quartals liegt da ein Riesenhaufen von Patient*innen angeforderter Überweisungsscheine, die von ihren vielen Spezialisten gesagt bekommen haben, sie müssten ab jetzt quartalsweise zu ihnen kommen. Und das ist noch der positive

*Fall, bei dem man dann wenigstens meistens einen Arztbrief erhält. Hausärzt*innen haben in diesem System gar keine Chance jeden Fall zu beurteilen und auch kaum die Möglichkeit, das alles und immer wieder mit ihren Patient*innen zu diskutieren oder gar einfach Nein zu sagen.*

Ingrid Mühlhauser: Die Patient*innen sollen an einer Schulung teilnehmen? Was soll bzw. kann mit einer Schulung erreicht werden? Gibt es solche Schulungsprogramme überhaupt schon? Müsste ein solches Programm nicht evaluiert sein?

Thomas Kühlein:

Grundsätzlich bin ich ein Freund von Schulungen. Auch Angehörige sollten hier einbezogen werden. Es geht dabei idealerweise um Sturzprävention, also das Entfernen von häuslichen Stolperfallen, ordentliches Licht, kurze nächtliche Wege zur Toilette usw. Es gibt wohl keine guten wissenschaftlichen Nachweise, dass solche Schulungen tatsächlich Frakturen verhindern, aber das sollte uns nicht daran hindern sie durchzuführen. Es macht für mich immer Sinn, Information weiter zu geben und miteinander zu reden. Schwierig wird es jedoch, wenn diese Schulungen wieder von den osteologischen Schwerpunktpraxen durchgeführt werden und auch dazu genutzt werden, den Menschen diese neuerliche Bedrohung ihrer Gesundheit beständig vor Augen zu führen und gewissermaßen die „Werbetrommel“ für die Krankheit zu rühren.

Ingrid Mühlhauser: Es gibt eine ganze Reihe von Medikamenten, die zur Behandlung zur Verfügung stehen. Wie wird mit den Unsicherheiten zu den Medikamenten in den Praxen umgegangen? Ich habe den Eindruck, zu den Medikamenten gibt es viele offene Fragen, z.B. wie lange müssen sie eingenommen werden? Was passiert, wenn die Patient*in die Behandlung abbricht – aus welchem Grund auch immer – Unverträglichkeit, Nicht-Vereinbarkeit mit dem Alltag, Nebenwirkungen, Vorrangigkeit anderer Erkrankungen – nimmt dann das Risiko für einen Knochenbruch wieder zu? Gibt es etwas wie ein Rebound-Phänomen ... ev. sogar noch mehr Brüche als zuvor bzw. ohne Medikament?

Wie gehen die Hausärzt*innen mit diesen Unsicherheiten um? Wie kann der Hausarzt/die Hausärztin ein sicheres Verfahren gemeinsam mit der Patient*in auswählen?

Thomas Kühlein:

Zunächst einmal gibt es keine Vergleichsstudien zwischen den einzelnen Medikamenten. Man kann also nicht sagen, ob einzelne Medikamente besser sind als andere. Sogenannte Bisphosphonate (z.B. Alendronat, Risedronat) werden in den Knochen eingebaut und bleiben dort eine lange Zeit. Damit bleibt auch ihre präventive Wirkung eine Zeit lang nach Absetzen erhalten. Ein frühes Absetzen würde zwar die schützende Wirkung abschwächen, dürfte darüber hinaus keine negativen Folgen haben. Die Frage wie lange Bisphosphonate gegeben werden sollten, ist nicht eindeutig geklärt. Man hat sich auf fünf Jahre geeinigt. Danach soll man neu entscheiden. Nachdem man mit Bisphosphonaten vor allem eine weitere Abnahme der Knochendichte, nicht aber eine Verbesserung erreichen kann, wird die Frage nach einer anhaltenden Indikation auf Basis einer neuen Knochendichtemessung fast unweigerlich zur Weiterverordnung führen. Deren Nutzen ist dann aber nicht mehr gut durch Studien belegt. Es gibt keinen Nachweis, dass sehr viel teurere, den Knochen aufbauende Medikamente wie Denosumab besser Knochenbrüche verhindern als die Bisphosphonate. Es gibt jedoch Hinweise, dass es nach deren Absetzen nicht nur erneut zur Abnahme der Knochendichte, sondern auch zu einer Zunahme von Wirbelkörperfrakturen kommt. Deshalb sollte nach Absetzen dann ein Bisphosphonat gegeben werden. Ich würde die primäre Gabe von Denosumab vermeiden.

Ingrid Mühlhauser: Es soll eine partizipative Entscheidungsfindung geben? Was brauchen Ärzt*innen und Patient*innen in der Hausarztpraxis für ein solches informiertes Entscheiden?

Thomas Kühlein:

*Sie sind eigentlich selbst die beste Fachfrau für die Beantwortung dieser Frage. Aber auch ich habe mich viel mit Entscheidungsfindung beschäftigt. Das Schwierige dabei ist, dass wir alle deutlich weniger rational entscheiden, als wir glauben. Dennoch kann vor allem sachliche und gut fundierte Information helfen, die Entscheidung von manchen unangebrachten Ängsten und Hoffnungen zu befreien. Die Evidenzbasierte Medizin schlägt vor, Entscheidungen auf Effektmaße und Wahrscheinlichkeiten für Nutzen und Schaden von Therapien zu gründen. Mit Effektmaße meine ich die Antwort auf die Frage: Wie gut wirkt das Medikament eigentlich, und zwar im Sinne der Wirkungen und der Nebenwirkungen? Man konnte in Studien zeigen, dass weder Ärzt*innen noch Patient*innen diese Effektmaße kennen. Lässt man sie diese schätzen, überschätzen sie den Nutzen und unterschätzen den Schaden. Ich wurde selbst durch den DVO zum osteologisch qualifizierten Arzt ausgebildet. In diesem Seminar wurden die Effektmaße nicht vermittelt. Sie sind aber, zusammen mit der realistischen Einschätzung des Frakturrisikos für verschiedene Frakturarten wichtig, um informiert entscheiden zu können. Wir haben selbst gerade eine Studie durchgeführt, in der wir gesehen haben, dass medizinische Laien bereit sind, sehr viel höhere Risiken für Knochenbrüche zu tragen bevor sie bereit sind medikamentös dagegen vorzugehen und deutlich höhere Effekte der Antiosteoporose-Medikamente voraussetzen, bevor sie bereit sind diese einzunehmen, als Ärzt*innen. Gerade deshalb ist es so wichtig, für diese Entscheidungen auch realistische Abschätzungen der Bedrohung und von Nutzen und Schaden der Medikamente zur Verfügung zu haben.*

Ingrid Mühlhauser: Die Aufklärungs- und Informationsprozesse zu den verschiedenen Medikamenten, die den Patient*innen angeboten werden sollen, erscheinen sehr aufwendig. Es geht ja um sehr komplexe medikamentöse Behandlungen. Könnten medizinische Fachangestellte, bei entsprechender Weiterbildung, in diese Informationsprozesse strukturiert einbezogen werden? Wie könnte ein solches System aussehen? Für die Schulung von Patient*innen mit Diabetes gibt es ja seit Jahren solche Strukturen in den Hausarztpraxen.

Thomas Kühlein:

*Am Ende müssen es auch unsere alten Patient*innen verstehen, um mitentscheiden zu können. Warum sollten es nicht medizinische Fachangestellte verstehen. Vielleicht gelingt es ihnen sogar, es besser zu erklären, da ihre Sprache oft näher an der der Patient*innen ist. Wir werden ohnehin ganz unvermeidlich in die Situation hineinlaufen, dass immer weniger Junge immer mehr Alte versorgen müssen. Deshalb bin ich überzeugt, dass wir in Zukunft sehr viel mehr im Team arbeiten müssen. Das Problem bleibt aber, dass mit zunehmendem Alter die Gesundheitsprobleme fast unvermeidlich zunehmen. Es ist nicht nur eine Herausforderung für die Praxen diese Arbeit zu leisten. Es ist mit den zunehmenden medizinischen Möglichkeiten und Kenntnissen spätestens in der Summe auch irgendwann für die Patient*innen nicht mehr möglich und zumutbar, nach der Diabetes-, der COPD- und der Bluthochdruckschulung jetzt auch noch die Osteoporoseschulung mitzumachen. Es gibt im Leben ja auch noch andere Themen als Gesundheit.*

Ingrid Mühlhauser: Aus Perspektive der betroffenen Frauen würden wir uns andere Qualitätsindikatoren wünschen. Im DMP sind aktuell Qualitätsindikatoren vorgesehen, die die Therapietreue der Patient*innen zur medikamentösen Behandlung überprüfen sollen. Auch gilt es als Qualität der Behandlung, wenn möglichst viele DMP Teilnehmer*innen an einer Schulung teilnehmen.

Es fehlt hingegen ein Qualitätsindikator, der die Qualität der Aufklärung prüft und ob eine informierte Entscheidung tatsächlich stattgefunden hat. Es kann eine gute Entscheidung sein, eine medikamentöse Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen, wenn es eine informierte Entscheidung ist.

Thomas Kühlein:

*Ja, da stimme ich Ihnen voll und ganz zu. Die Verwendung gut gemachter Aufklärungsbroschüren könnte ein guter Qualitätsindikator sein. Wir Hausärzt*innen kennen das Problem mit der Aufklärung gut. Ein Beispiel wäre die Aufklärung zu Nutzen und Schaden einer Früherkennung von Prostatakrebs. Wenn ich meine Patienten, die dafür zum Urologen wollen, frage, ob sie über Nutzen und Schaden aufgeklärt wurden, sagen sie meistens Nein, wenige auch Ja. Kläre ich sie dann anhand der gut gemachten Broschüre der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin auf, wollen sie lieber doch nicht mehr hin. Die Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Koronare Herzkrankheit (KHK) fordert, dass bei stabilen Fällen vor einer Herzkatheteruntersuchung die Patient*innen anhand einer gut gemachten und verständlichen Broschüre aufgeklärt werden. Ich habe noch nie erlebt, dass Patient*innen diese Broschüre von Kardiologen vorgelegt wurde. Auch haben wahrscheinlich viele Patient*innen Angst, bei so wichtigen Organen wie dem Herzen selber mitreden zu wollen. Allerdings darf man den Effekt der Aufklärungsbroschüren auch nicht überschätzen, wie ihre eigenen Studien gezeigt haben. Mein Eindruck ist, dass Aufklärung ärztlicherseits vielfach als eine moderne bürokratische Schikane betrachtet wird. Ich halte eine faire Aufklärung jedoch für eine professionelle Selbstverständlichkeit.*

Ingrid Mühlhauser: Sie sehen die Erstellungsprozesse der Leitlinien zu Osteoporose kritisch, ebenso wie die Entwicklungsprozesse des DMP beim G-BA. Welche Kritikpunkte haben Sie? Was würden Sie vorschlagen, um die Erstellung von Leitlinien und DMP zu verbessern?

Thomas Kühlein:

*Wie haben kürzlich selbst eine kleine Studie gemacht, die die Frage stellt: „Helfen uns Leitlinien, wo dies für Patienten angemessen ist, beim Abweichen von ihren Empfehlungen?“ Die Antwort lautete Nein, zumindest selten. Es gibt Ausnahmen wie die gerade schon erwähnte Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK. Die Evidenzbasierte Medizin hat sich international längst als Standard etabliert. Dennoch ist die mit ihr verbundene Idee und Neuerung in Deutschland weitgehend unverstanden geblieben. Die Idee war, medizinische Entscheidungen nicht mehr allein auf mechanistischen Vorstellungen von den Funktionsweisen des Körpers, sondern auf in Studien von Patient*innen wahrnehmbare und von ihnen für wichtig gehaltene Effekte von Nutzen und Schaden zu begründen. Es gibt kein anderes medizinisches Konzept, das Patient*innenperspektive, ärztliche Erfahrung und Expertise und Wissenschaftlichkeit besser vereint, als die Evidenzbasierte Medizin. Ärzt*innen, die auf die Organgesundheit fokussieren, ohne die Patient*innen mit einzubinden, greifen zu kurz. Genau das aber ist die Vorgehensweise der meisten Spezialisten, von denen wir als Mediziner auch wesentlich unterrichtet werden und die unsere Leitlinien und DMP-Entwicklungen dominieren. Das Thema Osteoporose und Osteologie sind ein typisches Beispiel dafür. Es steckt schon im Namen des DVO – man fokussiert auf den Knochen, macht aus Alter eine Krankheit und sieht wieder einmal in der nächsten Tablette die beste Lösung des Problems. Seltsamerweise wird die Evidenzbasierte Medizin meines Wissens, bis auf rühmliche Ausnahmen, als solche an den Universitäten nicht gelehrt. Man verwechselt sie gern mit evidenzbasierten Leitlinien, die bewehrt mit industriefinanzierten Studien, die wiederum von Leuten mit zum Teil erheblichen Interessenskonflikten bewertet, dazu benutzt werden Empfehlungen für alle abzugeben. Anstatt Ärzt*innen und Patient*innen durch Qualifizierung mündig zu machen individuelle Entscheidungen zu unterstützen, erstickt die an sich richtige Idee der Qualitätsverbesserung der Versorgung im Prozesshaften der Entwicklungen von Leitlinien und DMPs. Ich bin weder ein Gegner von Leitlinien, noch von DMPs, aber sie müssen anders werden. Erste Voraussetzung wäre eine Reform des Medizinstudiums. Diese wird gerade gegen vielfachen Widerstand an den Universitäten auf den Weg gebracht. Das Problem ist: Wer soll im Sinne der Evidenzbasierten Medizin unterrichten, wenn kaum einer wirklich verstanden hat, was das ist. Es*

*wird ein langer Weg werden. Zweitens müssen Leitlinien anders werden. Die Nationalen Versorgungsleitlinien mit ihren Patientenleitlinien und Aufklärungsbroschüren sind ein gutes Beispiel in welche Richtung das gehen könnte. DMPs sollten weniger als Standardisierung der Versorgung gestaltet und als Bürokratisierung wahrgenommen werden. Sie folgen dem im Grunde richtigen Ansatz, Willkür und Vergessen wichtiger Versorgungsschritte zu reduzieren. Dazu müssen sie eher als ein gemeinsames Durchgehen von Checklisten mit dem Ziel individueller Entscheidungen gestaltet werden und weniger als Vorgabe und Kontrolle von deren Einhaltung durch Datenerfassung. Und zuletzt müssen auch die Patient*innen, entgegen den Suggestionen vieler Ärzt*innen, lernen: dass das Leben endlich bleibt, das nicht alles möglich ist, dass man nach Nutzen und Schaden von medizinischen Maßnahmen fragen sollte usw. Gesundheit hängt ganz wesentlich am Bildungsgrad. Hier besteht betrüblicherweise anhaltend zu wenig Chancengleichheit. In Bildung und faire Aufklärung zu investieren, würde vermutlich deutlich höhere Effekte für unsere Gesundheit haben, als immer neue und mehr Tabletten gegen immer neue Bedrohungen des Alterns.*

Ein Symposium wie dieses, des Arbeitskreises Frauengesundheit, leistet hier wertvolle Arbeit. Ihnen allen vielen Dank noch einmal für die Einladung und dieses Interview.

Ingrid Mühlhauser und Thomas Kühlein geben an, keine finanziellen Interessenkonflikte zu haben.