## Die Entwicklung der Leitlinie Müdigkeit

Auf dem Hausärztetag im September 1996 wurde der Grundsatzbeschluss gefasst, seitens der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) Leitlinien für den hausärztlichen Bereich zu entwickeln, nachdem dies durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und die Bundesärztekammer immer dringender nachgefragt wurde. Gleichzeitig lehnte man aber ab, nach dem Schnellschussverfahren der meisten Fachgesellschaften vorzugehen, sondern entschied sich dafür, in einem transparenten und stufenweisen Prozess analog der niederländischen Kollegen evidenzbasierte Leitlinien für den hausärztlichen Bereich zu erarbeiten.

Bei der Sammlung von Themen meldete sich auch Eberhard Hesse, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin der Universität Münster, und schlug das Thema »Patienten ohne Organbefund«, das durch die allgemeinmedizinischen Arbeitsbereiche der Universitäten Münster und Marburg bearbeitet werden sollte, vor.

Nach einem Prozess der Klärung von Prozeduren und Leitstellen sowie Genehmigung der Projekte bei der DEGAM-Tagung im September 1997 wurde in der ZfA (damals noch Streuzeitschrift an alle Allgemeinärzte, heute ein von Werbung unabhängiges Publikationsorgan und Fortbildungszeitschrift, das nur noch Abonnenten und Mitgliedern der DEGAM zugänglich ist) aufgerufen, sich an dieser Leitlinienarbeit zu beteiligen. Für unser Thema meldete sich eine auch psychotherapeutisch tätige Hausärztin aus der Nähe Hannovers, die dann eine wertvolle Ergänzung unseres Teams darstellte. Nachdem der Initiator aus der eigentlichen Leitlinienarbeit ausschied und dafür ein anderer Lehrbeauftragter aus Münster hinzukam, bestand die Arbeitsgruppe aus 4 Mitgliedern (siehe Autorenliste), wobei Norbert Donner-Banzhoff, Marburg, die Federführung übernahm und jeder ein spezielles Untergebiet zur Bearbeitung erhielt.

Wir einigten uns darauf, die Leitlinie auf »Müdigkeit« zu fokussieren, da kaum ein Patient mit dem Label, organgesund zu sein, unsere Praxis kontaktiert. Wie die weitere Arbeit an dem Thema zeigen sollte, deckte die Vorgehensweise bei dem Symptom Müdigkeit sehr gut das Feld der Patienten ohne Organerkrankung und mit Somatisierungen ab.

Jeder erstellte für seinen Arbeitsbereich eine Literaturrecherche, die es zu sichten und zu bearbeiten galt. Hierbei orientierten wir uns an den Vorgaben zu den Levels of evidence, die uns zunächst in einer allgemeinen Fassung, dann durch entsprechende Papiere der bei der Bundesärztekammer eingerichteten Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) und der DEGAM zur Verfügung gestellt wurden. Unsererseits gab es keine Einwände gegen die vorgegebenen Zuordnungen, zumal unser Gruppensprecher an der Entwicklung des Autorenmanuals mitbeteiligt war. Durch die umfangreichen Vorarbeiten von Norbert Donner-Banzhoff und eine sinnvolle Auswahl von Stichwortkombinationen hatte jeder von uns eine große aber noch überschaubare Zahl an Abstracts, dazu vorhandene Leitlinien und Artikel zu bewältigen, und zwar neben unseren sonstigen Tätigkeiten und Engagements. Während der gesamten Zeit der Leitlinienentwicklung nutzten wir alle von uns gelesenen Literaturstellen und spezifischen Hinweise, um auch nicht gelistete Publikationen und andere Datenquellen mit zu nutzen. Auch die Leitstelle an der allgemeinmedizinischen Abteilung der Universität Düsseldorf brachte immer wieder Veröffentlichungen in unsere Arbeit ein.

Im Frühjahr 1998 war der erste Entwurf – noch als Baustelle – fertiggestellt und zirkulierte sowohl in unserer Arbeitsgruppe als auch im Arbeitskreis Leitlinien der DEGAM. Sehr schnell wurde auch den anderen Mitgliedern des Arbeitskreises klar, dass bei der schier unübersichtlichen Komplexität des allgemeinmedizinischen Handlungsbereiches und dem gewählten Thema, das im Beratungsergebnis nicht auf wenige Erkrankungen zu fokussieren war, ein Spannungsfeld zwischen Handhabbarkeit und Vollständigkeit entsteht. Keiner aus unserem Team verfügte zunächst über Erfahrungen in der Leitlinienentwicklung, aber wir konnten uns auf erhebliche Vorerfahrung in wissenschaftlicher Methodik und Literaturbewertung, Lehrerfahrungen und vertiefte Kenntnisse der Psychotherapie stützen, die von uns in unterschiedlichem Umfang aber sehr gut komplementär vorlagen. Zugute kam uns allen die eigenen hausärztlichen Erfahrungen in der Bewertung, inwieweit die publizierten Daten für unsere Fragestellung zutreffend und fundiert waren.

Nach intensiven Diskussionen und Beachtung der o.g. Autorenmanuale wurde dann im Juni 1999 eine komplette und überarbeitete Fassung vorgelegt, die in den Paneltest ging, d.h. durch eine Gruppe praktisch und teilweise auch wissenschaftlich erfahrener Allgemeinärzte beurteilt wurde. Außerdem wurde unsere Arbeit auf dem DEGAM-Kongress im September 1999 in Dresden vorgestellt.

Als Ergebnis des Panel-Tests kamen im wesentlichen die Einwände, die wir bereits intern vorher diskutiert hatten. Dies waren insbesondere die Einschätzung, inwieweit Eisenmangel oder Anämie wichtige Ursache des Symptoms Müdigkeit waren. Alle hatten wir bisher den Eindruck gehabt, dass bei Patienten mit Müdigkeit ohne prima-vista fassbaren Verdacht oder Ursache gehäuft Anämien auftreten. Dieser Eindruck beruht auf einer Scheinassoziation, weil leichte Anämien bei Frauen häufig sind und wir nur bei symptomatischen Frauen ein Blutbild veranlassen. So finden wir dann eine Reihe von Patientinnen mit Eisenmangelanämien. Unter Substitution wird dann noch häufig eine Symptombesserung berichtet, ohne dass wir das im Praxisgeschehen vom Spontanverlauf abgrenzen können. Eine niederländische Untersuchung hatte aber ergeben, dass leichte Anämien bei Patienten mit und ohne Müdigkeit gleich häufig auftreten. Somit bietet uns unsere Erfahrung eine Scheinassoziation und -lösung. Diese haben wir eingesehen und auch in der Leitlinie nochmals begründet.

Somit verblieben nur wenige Laborparameter, die als Basisdiagnostik von uns empfohlen werden, darunter allerdings keine Eisenbestimmung. Wie bei jeder Leitlinie sollten im Einzelfall – z.B. bei auffallender Blässe (Inspektion der Schleimhäute und Palpation der Lymphknoten ist eine empfohlene Basisuntersuchung) ergänzende Tests vorgenommen werden.

In mehreren Telefonkonferenzen auch unter Einbeziehung der Leitstelle Hannover, die ab dieser Phase für die weiteren Entwicklungsstufen und die Umsetzbarkeit in der Hausarztpraxis zuständig war, stimmten wir anschließend die Überarbeitung der Leitlinie sowie die zusätzlich notwendigen Materialien (Anamnesehilfe, Patienteninformation, Infozepte – letztere sind auf ein Rezeptformular passende Patientenkurzinformationen – zu verschiedenen Aspekten und Hinweise zu deren Gebrauch) für die Praxen ab.

Besonders schwierig war es hierbei, die richtige Balance zu finden zwischen dem Hauptanliegen der psychosozialen Betreuung unter Vermeidung einer Fehlleitung im Sinne somatischer Fixierung dieser Patientengruppe und der notwendigen sowie sinnvollen somatischen Diagnostik.² Viel ausgeprägter als bei der Leitlinie Nr. 1 der DEGAM – Brennen beim Wasserlassen – führte die Thematik auf ein schier unerschöpfliches Feld möglicher Vorgehensweisen und auch Berührungen mit vielen anderen Fachdisziplinen, die dann jeweils um Kommentierung gebeten wurden. Auch gab es bisher nur zum chronischen Müdigkeitssyndrom, das selten ist und in seiner Zuordnung sehr kontrovers diskutiert wird, internationale Leitlinien, die in unseren Kontext gepasst hätten. Eine solche der Niederländer ist gerade in Bearbeitung und noch nicht publiziert, so dass wir nicht auf entsprechende Vorarbeiten zurückgreifen konnten.

Wir wurden auch kurzfristig zu einer Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM) zur Erarbeitung einer

Leitlinie über nicht erholsamen Schlaf eingeladen, an der dann aus unserer Arbeitsgruppe Prof. E. Baum aus der Allgemeinmedizin der Universität Marburg teilnahm. Seitens dieser Gesellschaft ist eine Leitlinie auf dem S2-Niveau, zwar unter Einbeziehung einer Konsensuskonferenz aber ohne das hier beschriebene aufwendige Stufenverfahren der DEGAM mit seinen strengen Vorgaben (S3-Niveau) geplant. Die meisten der bislang publizierten Leitlinien sind lediglich auf dem S1-Niveau, also durch Arbeitsgruppen einer Fachgesellschaft erstellt.3 Es zeigte sich, dass inhaltlich eine Vielzahl von Überlappungen bestehen, die Philosophie der Vorgehensweise aber völlig unterschiedlich ist. Der DGSM lag unser Leitlinienentwurf in der Version nach dem Paneltest vor. Pikanterweise wurde sogleich in der Vorstellungsrunde seitens der Teilnehmer aus der Medizinischen Poliklinik der Universität Marburg und des dortigen Schlaflabors die Insuffizienz der allgemeinmedizinischen Themenwahl »Müdigkeit« betont und dagegen das bessere Zutreffen der Thematik »nicht erholsamer Schlaf« reklamiert.

Bei dieser Veranstaltung zeigte sich wieder einmal die grundsätzlich unterschiedliche Vorgehensweise von Spezialisten und Allgemeinmedizinern bei primären Patientenanliegen:

- Hausärzte gehen von den am häufigsten geäußerten Klagen der Patienten aus, und warten zunächst die Beschreibung des Patienten ab, um dann durch gezielte Fragen und eine eng umschriebene Basisuntersuchung zunächst für alle Ursachen und Vorgehensweisen offen ein Gesamtbild zu erhalten und im weiteren Verlauf das bestmögliche Vorgehen gemeinsam mit dem Patienten auszuwählen. Wir überweisen, wenn ein bestimmter »abwendbar gefährlicher Verlauf« wahrscheinlich ist. In diesem Fall wird gezielt mit einer definierten Fragestellung an eine bestimmte Spezialdisziplin überwiesen. Ist dies geschehen, ohne dass ein spezifisch pathologischer Befund gefunden wurde, bzw. wegen der niedrigen Wahrscheinlichkeit einer relevanten Erkrankung primär als nicht erforderlich gehalten wurde, betreuen wir unsere Patienten abwartend (»abwartendes Offenhalten«). Vielfach verschwinden die Beschwerden oder sie entwickeln sich zu einem eindeutig definierbaren Krankheitsbild, das jetzt ein gezieltes Vorgehen möglich macht und erfordert. Während dieses Prozesses versuchen wir unter Einbeziehung auch psychosozialer Aspekte in der Interaktion mit dem Patienten einer Somatisierung entgegenzuwirken und Hilfen für eine Problembewältigung zu geben.
- Spezialisten sehen Patientenanliegen unter ihrem fach- und sektoralspezifischen Blickwinkel (der Schlafmediziner den nicht erholsamen Schlaf). Sie klären nacheinander verschiedene Ursachen ab, wobei

ein Algorithmus für die Reihenfolge der zu erfolgenden Diagnostik zugrunde gelegt werden soll. Wird eine mögliche Ursache gefunden, behandelt man diese. Bei Mißerfolg steigt man erneut in den Algorithmus ein. Im Falle des nicht erholsamen Schlafes mit erheblicher Beeinträchtigung des Patienten steht am Ende des Algorithmus die polysomnographische Diagnostik bis hin zu einer aufwendigen Diagnostik unterschiedlichster physiologischer Parameter in einem Schlaflabor.

Eine obligate Überweisung von Patienten aus »Restkategorien«, bei denennach der empfohlenen Basisdiagnostik die Krankheitsursache zunächst nicht geklärt werden konnte, würde durch die gerade bei diffusen Beschwerden immense Anzahl möglicher Ätiologien aus der Perspektive vieler Spezialgebiete das örtliche Gesundheitswesen überfordern. Bei einer fachärztlichen Abklärung von Müdigkeit müssten unter Umständen Neurologen, Pulmologen, Internisten, Kardiologen, HNO-Spezialisten und Psychiater herangezogen werden. Auch für unsere Patienten wäre eine solche Flucht in die Überweisung nicht akzeptabel und förderte wegen der Seltenheit definierter biomedizinischer Erkrankungen in diesem Kontext eine nicht gerechtfertigte Flucht in die Somatisierung und organmedizinische Fixierung. Damit würden wir erneut den von Ärzten und Patienten bisher all zu oft gewählten teuren Irrweg des diagnostischen und therapeutischen Aktionismus unterstützen.

Hausärzte sind aufgrund ihrer Vorgehensweise wesentlich flexibler und kommen in den meisten Fällen mit sehr viel weniger Ressourceneinsatz und schneller zum Ziel als Spezialisten, wenn es sich um Probleme aus einem unselektierten Patientenanliegen handelt. Eine Schnittstellendefinition für den Übergang von der primärmedizinischen Versorgungsebene zur Spezialdisziplin muss deshalb konkrete, positive und handlungsleitende Kriterien beinhalten. Diese müssen sich an diagnostisch und nosologisch eindeutigen und nachgewiesenermaßen therapierbaren Erkrankungen orientieren (etwa: obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom).

Die Veranstaltung war dennoch ein Gewinn für unsere Leitliniengruppe, weil wichtige Kontakte geknüpft werden konnten. So erhielten wir insbesondere durch Prof. D. Riemann aus Freiburg auch Hinweise zur Abklärung von Schlafstörungen (Abend- und Morgenprotokolle, die der Hausarzt an Patienten abgeben kann) und Beratung bei Schlafproblemen im Rahmen unserer eigenen Leitlinie.

Insbesondere bei der Erarbeitung der Patientenmaterialien offenbarten sich oft große Diskrepanzen im Verständnis zwischen Leitstelle und Autorengruppe, so dass letztere schließlich weitgehend selbständig diese Hilfestellungen für die Praxis und die Umsetzung der Leitlinie erstellte. Wir bemühten uns sehr, den Patienten und Ärzten mit diesen Materialien handhabbare Hinweise für die Ätiologie der Beschwerden und Umgang damit zu geben, ohne erneut ungerechtfertigte Ängste und Fehlleitungen der Patientenkarriere zu provozieren. Auch die Vorgehensweise der Evaluation des Praxistests wurde gegenüber dem bisherigen Schema abgeändert und methodisch der Schwerpunkt auf eine qualitative Fragestellung gelegt, um Implementierungshindernisse und Unzufriedenheiten valide erfassen zu können.

Innerhalb unserer Arbeitsgruppe sind wir inzwischen – trotz anfänglicher Diskrepanzen über die Notwendigkeit einzelner diagnostischer Prozeduren und die Bewertung verschiedener Ursachen des Symptoms Müdigkeit – zu einem stabilen Konsens gelangt. Uns sind die Grenzen der eigenen Erfahrung aber auch der verfügbaren Evidenz sehr bewusst geworden. Die Levels of evidence sind für uns eine Hilfe, aber kein Dogma, das den eigenen ärztlichen Verstand aushebelt, allerdings sehen wir unsere bisherigen Praxiserfahrungen viel kritischer als früher und sind eher bereit, Routine-Vorgehensweisen zu hinterfragen. Wir hoffen, dass wir den so erreichten Stand unseres Wissens mittels unserer Leitlinie genügend transparent und für die hausärztliche Routineversorgung handhabbar machen konnten. Insbesondere denken wir, dass unsere Leitlinie trotz ihres Umfanges und ihrer Komplexität letztlich für die damit arbeitenden Allgemeinmediziner Hilfestellungen geben wird durch:

- Evidenzbasierte Vorgaben für ein anamnestisch-diagnostisches Basisprogramm, das unsere Ressourcen schont und uns eher vor überzogenen Forderungen nach vermeintlich erforderlichen Maßnahmen schützt.
- Umsetzungshilfen, die das Arzt-Patientengespräch erleichtern und unterstützen
- Hinweise, bei welchen klinischen Zeichen oder anamnestischen Besonderheiten eine erweiterte Diagnostik sinnvoll ist und wie diese aussehen kann.

Nach Freigabe durch den Arbeitskreis Leitlinien wird bis Juli 2001 der Praxistest im Raum Freiburg sowie in Österreich durchgeführt. Hier soll sich zeigen, ob sich unsere Vorstellungen im Praxisalltag implementieren lassen. Wir werden entsprechend den Ergebnissen dieses Tests und der eingegangenen Voten aus anderen Fachgesellschaften (diese sind zum größeren Teil überhaupt nicht eingegangen, ansonsten aber oft sehr detailliert und konstruktiv) die Leitlinie noch einmal zügig überarbeiten, um sie dann möglichst als Leitlinie Nr. 2 der DEGAM bei dem Hausärztetag im September 2001 präsentieren zu können.

Als Fazit bleibt für uns:

- Leitlinienerarbeitung auf hausärztlicher Ebene ist sehr mühsam und anstrengend, nicht zuletzt deshalb, weil uns im Gegensatz zu anderen Fächern oder allgemeinmedizinischen Arbeitsbereichen in anderen Ländern keine größeren Abteilungen zur Seite stehen. Wir haben die gesamte Arbeit ehrenamtlich in unserer sowieso schon knapp bemessenen Freizeit geleistet. Die Absendtermine unserer Emails lagen meistens in den späten Abendstunden oder am Wochenende, Telefonkonferenzen fanden nach Feierabend statt, persönliche Treffen aller Gruppenmitglieder waren nur anlässlich des Hausärztetages oder bei einzelnen Leitliniensitzungen der DEGAM möglich.
- Die Nutzung elektronischer Medien war äußerst hilfreich für die rasche Abstimmung und Kooperation innerhalb der Gruppe, deren Mitglieder in erheblicher räumlicher Distanz untereinander arbeiten.
- Die Zusammenarbeit mit Fachvertretern unterschiedlicher Ausrichtung: mehr methodisch, rein praktisch, mit und ohne universitäre Lehrverpflichtung aber allesamt mit kontinuierlicher Tätigkeit in der Hausarztpraxis war für uns alle eine wertvolle Erfahrung und bereichernd.
- Im internationalen Bereich gibt es zahlreiche gute Studien und Forschungsergebnisse, die für unseren Bereich erschlossen und im Sinne einer evidenzbasierten Medizin für die primärärztliche Versorgung in unserem Land nutzbar gemacht werden sollten.
- Wir haben einen erheblichen Forschungsbedarf, insbesondere auf nationaler Ebene im Bereich der hausärztlichen Versorgung, um unsere Aussagen zu verbessern und abzusichern. In vielen Bereichen klaffte gähnende Lehre, wo dringend valide Daten benötigt werden. Forschungsinvestitionen in diesem Bereich sind sicher gut angelegt. Sie können sehr schnell zu fassbaren Verbesserungen in unserer gesundheitlichen Versorgung führen.
- Wir hoffen mit unserer Arbeit den Hausärzten in unserem Land ein Instrument geben zu können, das in einem kleinen Segment den Praxisalltag erleichtert und zu verbesserter Versorgungsqualität bei sparsamem Einsatz der Ressourcen führt.
- Gerade bei unklaren und diffusen Symptomen stellt eine Leitlinie auch eine Entlastung des Arztes in der Primärversorgung dar, die ihn vor ungerechtfertigten Nachfragen und eigenen Zweifeln bezüglich eines hohen Umfangs der erforderlichen Diagnostik schützen soll.
- Wir sind uns dessen bewußt, dass es schwierig ist, Handlungen umzusetzen, zu denen der »philosophische« Hintergrund bei der Zielgruppe, d.h. den Patienten, Hausärzten und kooperierenden Kollegen

- in Deutschland und Österreich (noch) nicht etabliert ist, z.B. kognitivbehaviorale Verfahren.
- Wir benötigen viel mehr Kollegen, die bereit und auch aufgrund ihrer methodischen Ausbildung in der Lage sind, Leitlinien zu entwickeln. Das ist nur über Neueinrichtung und Förderung vorhandener universitärer Abteilungen für Allgemeinmedizin sowie Verbesserung in der Fort- und Weiterbildung der Allgemeinärzte realisierbar.
- Insbesondere bei diffusen Beschwerdebildern, hohem Anteil psychischer Probleme und Verdacht auf Somatisierung dies trifft geradezu exemplarisch auf den Beratungsanlass M\u00fcdigkeit zu stellt der Hausarzt mit einem bio-psycho-sozialen Betreuungskonzept die ad\u00e4quate Versorgungsebene dar. Nur wenn diese im Gesundheitssystem sichergestellt wird, k\u00f6nnen Fehlleitungen der Patienten, gef\u00e4hrliche Interventionen und Ressourcenverschwendung minimiert werden.
- Evidenzbasierung ist essentiell und hilfreich, sie ersetzt aber nicht klinische Konzepte und hausärztlichen Sachverstand. Von daher ist für eine sachgerechte Bearbeitung eines Themas für die Erstellung und Implementierung einer hausärztlichen Leitlinie eine umfangreiche persönliche Erfahrung der Leitlinienautoren in der allgemeinärztlichen Versorgung Voraussetzung.

## Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Erika Baum Medizinisches Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung, Leiterin der Abt. Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin Philipps-Universität Marburg Blitzweg 16 35033 Marburg

## Anmerkungen

- 1 Bislang entwickelte oder sich in Entwicklung befindenden Leitlinien der DEGAM können eingesehen werden unter http://www.degam.de/S5\_leit\_themen.html.
- 2 Somatisierung meint k\u00f6rperliche Beschwerden als Ausdruck von unbew\u00e4ltigten Konflikten oder seelischen Spannungen ohne Organbefund.
- 3 Weitere Leitlinien anderer Fachgruppen sind auf der Internetseite http://www.uniduesseldorf.de/AWMF/Il/index.html zu finden.