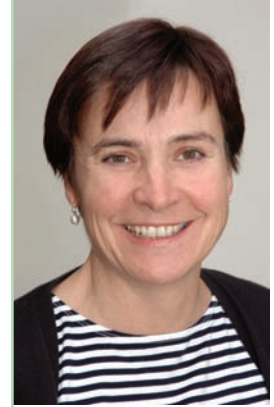


*„... auf der Suche nach den
Gründen für das anhaltende
Auseinanderklaffen von Theorie
und Praxis wird gewöhnlich die
Praxis hinterfragt, nicht die
Methode, bzw. die Theorie“*

(Berta Schrems)



Dr. Susanne Rabady

Vizepräsidentin der ÖGAM

Susanne Rabady

Information und Wahrheit: Wie kommt das Wissen in die Medizin?

Im Rahmen der Qualitätsdiskussion in der Medizin hören wir von allen möglichen Seiten – von Patientenanwälten, Journalisten, Politikern, aber auch aus der Profession selbst – Klagen über die mangelhafte Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die tägliche Praxis. Der Klage folgen meist Vorschläge zu einer Veränderung des Zustands, wie die Einführung von verpflichtender Fortbildung, strengen Kontrollen, verbindlichen Behandlungspfaden und einer besseren Verbreitung von Leitlinien.

Das Problem besteht, daran ist nicht zu zweifeln

Zur Sinnhaftigkeit der diversen Vorschläge gibt es aber vieles zu bedenken und zu sagen. An dieser Stelle möchte ich nur den Aspekt des Umgangs mit Information in der Praxis herausgreifen. Ich möchte mittels einiger Thesen seine Problematik herauschälen und schließlich einige Ansätze zur angemesseneren Bewältigung des Problems vorstellen.

Natürlich gibt es gute Argumente, nach Gründen für die langsame und unzureichende Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse auch dort zu suchen, wo diese Umsetzung geschehen soll, nämlich in der täglich gelebten Praxis:

- Wissenslücken werden oft als solche nicht wahrgenommen. Was wir zu wissen wissen (oder glauben), das ist spür- und erlebbar, was wir dagegen nicht wissen, fällt nur in einem Teil der Fälle auf.
- Strukturelle und persönliche Schwächen (wie Zeitmangel, nicht ausreichend neutrale Fortbildungsangebote, geringe Motiviertheit zum fortgesetzten Wissenserwerb) können die Aufnahme von neuen Erkenntnissen aus den zahlreichen verfügbaren Quellen behindern.

Sicher ist nicht abzustreiten, dass grundsätzlich auch dort angesetzt werden muss.

Allerdings: Internationale Erfahrungen zeigen, dass Steuerungs- und Kontrollmechanismen wie Qualitätsmessungen, Benchmarking, verpflichtende Fortbildung etc. begrenzt wirksam sind: die Transferlücken bestehen, auch in Ländern mit recht entwickelten Apparaten, gering verändert weiterhin.

Information und Wahrheit

Es ist also hoch an der Zeit, den Blickwinkel zu wechseln, und verstärkte Aufmerksamkeit auf die andere Seite der Kluft zu richten:

Möglicherweise sind die gängigen Methoden des Informationstransfers wenig geeignet, mit der Flut angebotener Information fertig zu werden, und praktisches Denken und Handeln sinnvoll zu beeinflussen.

Einige Thesen zur Physiologie des Umgangs mit Information in der ärztlichen Praxis ...

Ungefilterte Information in großen Mengen ist Desinformation

Dass die schiere Menge an täglich neuen Informationen für den Einzelnen nicht zu bewältigen ist, ist mittlerweile eine Binsenweisheit. Die Zahl der täglich produzierten fachrelevanten Artikel ist viel zu hoch: Jeder Arzt müsste täglich zumindest 20 hochwertige Artikel lesen – und sich merken! –, um einigermaßen auf dem Stand der Wissenschaft zu bleiben. Vorher müsste er diese wesentlichen 20 Publikationen auch noch gezielt auswählen.

In der Praxis bedeutet das, dass der Zufall entscheidet, welche Information in welchem Augenblick welchen Arzt erreicht, ob dieser relevante Informationen bekommt, oder einseitig oder gar fehlerhaft informiert wird.

Information ist nicht automatisch Wahrheit

Qualität und Zuverlässigkeit der angebotenen Information ist für den nicht speziell ausgebildeten Arzt kaum beurteilbar.

Jeder Arzt, der mehr als wenige Jahre in seinem Beruf tätig ist, hat mehrfach erlebt und erfahren, dass sich mit viel Nachdruck verbreitete Wahrheiten innerhalb kurzer Zeiträume in ihr Gegenteil verwandeln, man denke nur an die Bewertung der Hormonersatztherapie, der Coxibe und Glitazone und, ganz aktuell, an den Stellenwert der forcierten HbA_{1c}-Senkung, um nur einige der ehemaligen „Blockbuster“ zu erwähnen.

Solche Erfahrungen bleiben dem Hausarzt schon deswegen besonders stark im Gedächtnis und machen ihn misstrauisch gegenüber neuen Entwicklungen, weil die Patienten ja dieselben geblieben sind – von der Medikation, die man vor kurzer Zeit noch mit Nachdruck und Überzeugung verschrieben hat, hat man plötzlich abzuraten.

Jeder Arzt, vor allem der Hausarzt mit seiner hohen individuellen Patienten-

bindung, will sich einigermaßen sicher fühlen können, das Richtige zu tun und steht damit vor dem Problem, dass ihm die Möglichkeiten fehlen, den (langfristigen) Wahrheitsgehalt angebotener Information zu beurteilen.

Die Frage nach der Wahrheit vorliegender Information ist in zwei Etappen zu stellen:

- Ist die Information wissenschaftlich korrekt?
- Sind die Methoden richtig und die Interpretation angemessen?
- Und: Ist sie ehrlich?

Welche Interessen von außen beeinflussen möglicherweise die Aussagen und Schlussfolgerungen? Dies können neben Interessen der Hersteller von Medikamenten, Diagnostika, Medizintechnik auch solche der Zahler im Gesundheitswesen (staatliche Stellen, Versicherer) sein.

Nur wenn alle drei Punkte erfüllt sind, besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit für eine Gültigkeit für einen längeren Zeitraum.

Umsetzung von Information in die Praxis braucht Struktur und Zeit

Auch wenn es dem einzelnen Arzt möglich wäre, Quellen ausreichend zu prüfen auf ihre Methodik, auf die korrekte, unabhängige Interpretation der Ergebnisse, und auch auf die grundsätzliche Übertragbarkeit beider auf den eigenen Arbeitsbereich, bleibt noch die Schwierigkeit der Umsetzung von fächerspezifischen Erkenntnissen in die tägliche Praxis.

Die ist vor allem in der Allgemeinmedizin wiederum nur mit Zeitaufwand und oft unter Heranziehung von zusätzlichen Informationsquellen realisierbar, da sie mit Patienten zu tun hat, die in der spezialisierten Forschung nicht oder wenig berücksichtigt werden (alte Menschen, Multimorbide, Kinder, unterschiedliche Ethnien), mit Vorgaben von Versicherern und regionalen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten – und mit divergierenden Patienten- und Angehörigenwünschen.

Extrinsische und intrinsische Information gehören zusammen

Zudem ist mittels wissenschaftlicher Methoden generiertes Wissen nur ein Teil der Information, mit der der praktisch tätige Arzt konfrontiert ist und die er für eine erfolgreiche Arbeit benötigt.

Erfahrungen mit vielen individuellen Patienten kumulieren zu Erfahrungs-

wissen, das wiederum gefärbt und gestaltet wird durch außerberufliche Erfahrungen, Einstellungen und Werthaltungen, durch die Fähigkeit zur Reflexion und Strukturierung dieser Erfahrungen.

Dieses meist implizit erworbene und sehr individuelle Erfahrungswissen wird häufig emotional hoch bewertet, es ist „erlebtes“ Wissen, im Gegensatz zum bloß „erlernten“.

Möglicherweise erklärt das, warum die Neigung hoch ist, Experten, vor allem solchen mit bekannten Namen und guten didaktischen Fähigkeiten, bereitwilliger zu folgen, als Buchstabenwissen ohne Gesicht und Stimme, auch dann, wenn letzteres nachweislich besser abgesichert sein sollte.

Eine irrationale Überbewertung von Erfahrung ist aber kontraproduktiv, ebenso wie die Reduktion ärztlicher Expertise auf extrinsisches Wissen: Aus Erfahrung wird man zwar klug, und vom Wissen nur gescheit – aber nur dann, wenn man sich in die Lage gebracht hat, aus diesen vernetzten Informationen, die Erfahrung ausmachen, sinnvoll zu lernen und sie reflektiert anzuwenden. Wenn Erfahrung zum ausschließlichen Maßstab wird, hat sie sich selbst Grenzen gesetzt und wird zur Gefahr.

... einige Strategien ...

1. Objektives Wissen muss von allgemein als verlässlich und interessenneutral akzeptierten Stellen so sortiert und bewertet werden, dass es dem praktizierenden Arzt nicht nur leicht, schnell und in brauchbarer Form zugänglich ist, sondern dass er wagen kann, sich soweit darauf zu verlassen, dass er es als Grundlage für eine rationale ärztliche Entscheidung nützen kann.

Dazu hat es in den letzten Jahren einige Anstrengung gegeben.

2. Dringend nötig ist eine seriöse wissenschaftliche Aufarbeitung des Phänomens „Erfahrungswissen“ mit seinen vielen Facetten und Aspekten, das mit den Bezeichnungen „Intuition“ und „Bauchgefühl“ weit unter seinem Wert geschlagen und abqualifiziert ist. Im Bereich der industriellen Qualitätssicherung beginnt die Beschäftigung damit bereits, in der Medizin ist sie meiner Meinung nach ganz unabdingbar, damit die wertvolle Erfahrungsinformation den Bereich der gefährlichen Subjektivität verlassen kann, damit eine Einordnung, Strukturierung und rationale Nutzung subjektiv gewonnener Information mittels objektiver Kriterien möglich ist.

Eine Möglichkeit, das Lernen aus der Erfahrung zu lernen, ist die Lehrpraxis mit ihrem 1:1-Unterricht – wenn der Lehrpraxisleiter entsprechend ausgebildet ist, und wenn ausreichend Zeit zur Verfügung steht.

... und Lösungsansätze

Zwei neue Instrumente aus dem Bereich der Allgemeinmedizin sollen hier kurz vorgestellt werden:

REM-Server

Diese Einrichtung der Abteilung Allgemeinmedizin an der Universität Salzburg (www.rem-pmu.at) ist ein unabhängiges Literatur-Recherche Service für Allgemeinärzte, der die vorhandene Evidenz zu individuellen Fragestellungen professionell sichtet und dem Anfrager als Übersicht zur Verfügung stellt. Dem einzelnen Arzt wird die fachlich schwierige, teure und zeitraubende Sucharbeit abgenommen, Fragen aus der Praxis können verlässlich und zeitnahe beantwortet werden.

EbM-Guidelines für Klinik und Praxis

Ein ursprünglich finnisches, in englischer Sprache von Wiley's betriebenes Standardkompendium von evidenzbasierten Praxisempfehlungen wurde von einem Team von Ärzten der ÖGAM übersetzt und für den deutschsprachigen Raum adaptiert. Das Werk ist als Buch und auch online verfügbar.

Dort sind in knapp 1.000 Artikeln nahezu alle gängigen Fragestellungen aus der täglichen Praxis abgedeckt, durch einen kontinuierlichen Aktualisierungsprozess mit etwa 400 Updates pro Jahr können Veränderungen rasch berücksichtigt werden.

Wo Evidenz existiert, ist sie angegeben. In der Online-Version bieten Links unmittelbaren Zugang zu Evidence-Summaries und von dort aus direkt in die wesentlichen Datenbanken wie die Cochrane Library (Volltext) oder zu weiterführender Literatur aus renommierten Quellen.

Wo, wie in der Allgemeinmedizin häufig der Fall, keine Studien mit hohem Evidenzgrad vorliegen, wird auf sorgfältig geprüfte Erfahrungsevidenz zurückgegriffen. Damit ist sichergestellt, dass Antworten auf fast alle Fragen gefunden werden können, durch die gute Gliederung so rasch, dass die Be-

Information und Wahrheit

antwortung auch während der Konsultation erfolgen kann – also dort, wo sie gebraucht wird.

Die Adaptierung durch ein Team erfahrener praktisch tätiger Hausärzte mit akademischem Hintergrund macht es möglich, bei den Empfehlungen auf das jeweilige Gesundheitssystem und auf die speziellen Gegebenheiten in der Allgemeinmedizin Rücksicht zu nehmen.

Durch ein einfaches User-Feedbacksystem unterliegt das Projekt einem laufenden Lernprozess und kann sich immer wieder an die Bedürfnisse der Grundversorger anpassen.

Das Kompendium ist finanziell unabhängig von allen Interessensgruppen im Gesundheitswesen und alleine Arzt und Patient verpflichtet, und es wurde und wird für das Fach Allgemeinmedizin unter der Führung von Allgemeinärzten entwickelt.

Das Ziel der ÖGAM ist, mit diesem Kompendium ein verlässliches, vertrauenswürdiges und praxisnahes Instrument für den Umgang mit der täglichen Informationsflut und für den erfolgreichen Transfer von Wissenschaft in die tägliche Praxis zur Verfügung zu stellen.

Wir wünschen uns, dass beide Konzepte beitragen, die Freude an unserem Beruf zu erhalten.

Dr. Susanne Rabady

Vizepräsidentin der ÖGAM

Landstraße 2
3841 Windigsteig
susanne@rabady.at

[1] Schrems B. Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege.