

Angepasster Wissenstransfer in der Medizin – Sind Guidelines die richtigen Instrumente?

Zweifellos bilden auch heute noch die Guidelines die Grundlage für die wissenschaftlichen Entscheidungen in der täglichen Praxis der niedergelassenen Ärzte in der Schweiz. Die Akzeptanz und die Anwendung der Guidelines sind aber heute aufgrund der veränderten Patientenstruktur –



Urs Stoffel

zunehmend chronisch kranke und multimorbide Patienten – sehr unterschiedlich. Die immer noch stark «krankheitsorientierten» Studien als Basis der Guidelines schliessen häufig multimorbide und chronisch kranke ältere Patienten aus. Damit relativiert sich der Wert dieser Guidelines für den Praxisalltag. In Zukunft müssen vermehrt «patientenorientierte» Studien für die Formulierung der Guidelines herangezogen werden.

Wissen generieren und sich aneignen, aber auch Weitergeben von «Wissen» im Sinne des «Wissenstransfers» sind seit Menschengedenken die Grundlage für die Weiterentwicklung und den Fortschritt in der Medizin.

Gerade im Bereich der Medizin und der Gesundheitsversorgung ist der Zuwachs an Wissen besonders rasant. Das medizinische Wissen verdoppelt sich heute praktisch alle vier Jahre. Damit wird der Wissenstransfer zu einer besonderen Herausforderung.

Im folgenden Beitrag soll die «wissenschaftsbasierte» Entscheidung für die Behandlung und Beratung der Patientinnen und Patienten näher beleuchtet werden. Es wird dabei in erster Linie auf die ambulant tätige und niedergelassene Ärzteschaft fokussiert. Insbesondere sollen auch die Probleme und Grenzen der heutigen wissenschaftsbasierten Entscheidungen aufgrund von «Guidelines» aufgezeigt werden und Forderungen für eine zukünftige wissenschaftsbasierte Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich formuliert werden.

Welches Wissen braucht der Arzt?

Die grundsätzliche Aufgabe des Arztes ist es, Wissen über den Gesundheitszustand des Patienten zu generieren. Die

Ärztin oder der Arzt muss einerseits über das Wissen verfügen, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Patient an einer bestimmten Krankheit leidet. Er muss also über genügend Wissen verfügen, um eine *Diagnose* stellen zu können.

Andererseits muss die Ärztin oder der Arzt über das Wissen verfügen, wie die Krankheit in Abhängigkeit der Therapie verlaufen wird. Er muss also «wissen», welche Konsequenzen Therapie A oder B, oder gar keine Therapie zur Folge haben. Das bedeutet konkret, dass der Arzt oder die Ärztin über das Wissen verfügen muss, wie die *Prognose* des Krankheitsverlaufs ist.

Zusammengefasst kann man sagen, dass die Ärztin oder der Arzt über das Wissen verfügen muss, um eine *Diagnose* und eine *Prognose* stellen zu können.

Erfahrung und Kompetenz

Eine weitere, wichtige Rolle bei der Generierung von Wissen und der damit verbundenen Kompetenz spielt die Erfahrung. Prof. Jean Lindenmann, der weltbekannte Virologe und Immunologe, dem heute die Entdeckung der Substanz Interferon zugeschrieben wird, definierte «Erfahrung» einmal so: «Erfahrung ist eine Regel, die man aus mehrfachen Naturbeobachtungen ableitet. Beobachtungen müssen wiederholt gemacht werden und betreffen nicht Verhaltensweisen des Menschen.» Das bedeutet auch, dass eine einmalige Erfahrung nicht als evidenzbasiert und damit als Wissen und Kompetenz gilt. Trotzdem spielen die Erfahrung und Kompetenz eine wichtige Rolle bei der Entscheidung, welche individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnittene Therapie angewendet werden soll.

Entscheidung, welche Therapie eingesetzt werden soll

Der Entscheidung, welche Therapie (also A oder B) oder ob überhaupt eine Therapie angewendet werden soll, muss letztlich der Arzt oder die Ärztin zusammen mit dem Patienten entscheiden. Dabei ist nicht allein das Wissen über die Konsequenzen der Therapie A oder B entscheidend, sondern in erheblichem Masse auch die «individuellen Präferenzen des Patienten»¹. Bei dieser Entscheidung spielen die «Guidelines» zweifellos eine wichtige Rolle. Auf die Problematik der Anwendung dieser heute noch meist krankheitsorientierten Guidelines im Praxisalltag (vor dem Hintergrund der zunehmend älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten) werde ich im Folgenden noch detailliert eingehen.

Quellen des Wissens und des Wissenstransfers

Die Quellen des Wissens und damit des Wissenstransfers sind grundsätzlich unterschiedlich und abhängig von der Art der Übermittlung von Wissen in der Medizin. Einerseits sind es wissenschaftliche Arbeiten und Studien, also theoretisches und «wortbasiertes» Wissen, das dann zu sogenannten evidenzbasierten Guidelines führt. Andererseits gibt es aber auch ein «praktisches Wissen», welches durch aktives Teaching und Coaching vermittelt werden muss. Insbesondere bei invasiv tätigen medizinischen Spezialitäten (z.B. Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie bei kleineren Fächern wie Ophthalmologie und ORL) braucht es auch heute noch das direkte und praktische Teaching vom «Lehrer» zum «Schüler». Selbst durch die heutigen neuen Technologien wie Video und indirektes Online-Teaching über

- Clinical practice guidelines are systematically developed statements to assist important professional and patient decisions about appropriate health care for specific circumstances.
- There has always been a body of opinions providing guidance to individual professionals. The novel aspect of evidence-based guidelines is the systematic way in which they are developed, and their explicit nature.
- Evidence-based guidelines are produced using the available best evidence, with a systematic literature search and review, and are updated regularly or have a designated last day of use.

(Europarat, Rec. No. R (01) 13 – www.coe.int)

Abb. 1: Definition «Evidenzbasierte Leitlinien». Quelle: Europarat (2001), Methodology for drawing up guidelines on best medical practices – Recommendation No. R (01)13, Europarat, Strassburg, www.coe.int

«den Joystick» lässt sich der direkte und reale Kontakt zwischen dem erfahrenen Operateur und dem Assistenten am Operationstisch für einen nachhaltigen Wissenstransfer letztlich nicht vollständig ersetzen.

Die klassischen und modernen Quellen des Wissens und des Wissenstransfers im Wandel der Zeit

Ohne an dieser Stelle auf Details einzugehen, sei hier kurz aufgezeigt, wie sich die klassischen Quellen des Wissens in den letzten Jahren verändert und weiterentwickelt haben. Die klassischen Quellen wie Lehrbücher, Vorlesungen und Fachzeitschriften mit wissenschaftlichen Artikeln und Studien werden zunehmend verdrängt und ersetzt durch das Internet, Multimediaangebote, interaktives eLearning, und Videoconferencing. Praktisch täglich kommen neue Technologien dazu, welche den Wissenstransfer in rasantem Tempo weiterentwickeln. Insbesondere dürfte die Entwicklung des «Watson Computers»², der ersten semantischen Suchmaschine in natürlicher Sprache, das «decision making» revolutionieren. Mit dem «Watson Computer» wird die Ära der kognitiven Computertechnologie eingeleitet.

Die Guidelines als Grundlage der «wissensbasierten» Entscheidungen in der ambulanten Medizin heute

Zweifellos sind die Leitlinien (Guidelines), die von den verschiedenen Fachgesellschaften zu den verschiedenen Krankheiten und Krankheitsbildern erarbeitet und herausgegeben werden, nach wie vor von grosser Bedeutung, wenn es um evidenz-

basierte Entscheidungen in der ambulanten Medizin der niedergelassenen Ärzteschaft in der Schweiz geht. Es wird dabei stillschweigend davon ausgegangen, dass die Grundlagen dieser Empfehlungen (Guidelines) evidenzbasiert sind. Dem ist aber oft nicht so. Guidelines, welche als evidenzbasiert gelten, müssen die Bedingungen erfüllen, welche in der Definition von «evidenzbasierten Leitlinien» vorgegeben sind (siehe Abb. 1).

Guidelines bei chronisch kranken und multimorbiden Patienten

Zunehmend tun wir uns schwer im Praxisalltag mit der Anwendung der meist krankheitsbezogenen Guidelines. In der Alltagsmedizin hat sich das Profil der Patienten in der Grundversorgung stark verändert. Aufgrund der Demografie ist heute ein sehr grosser Anteil der Patienten *chronisch krank* und *multimorbid*. Damit wird es zunehmend schwieriger, die Guidelines, die vorwiegend krankheitsbezogen sind, auf dieses multimorbide Patientenkollektiv anzuwenden. Die meisten Guidelines beruhen auf primären Studien, bei denen multimorbide und ältere Patienten ausgeschlossen wurden. Genau diese Tatsache verschafft uns aber Probleme im klinischen Alltag bei der Anwendung dieser Guidelines. Wir brauchen vermehrt Studien mit älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten, aus denen sich dann sinnvolle und praktikable Guidelines für den klinischen Alltag ableiten lassen. Dies bedeutet konkret, dass wir wegkommen müssen von rein «krankheitsorientierten» Guidelines hin zu «patientenorientierten» Guidelines.

Problematik von Metaanalysen und «Systematic Reviews»

Ich beginne diesen Abschnitt mit einem Zitat von Prof. Johann Steurer, Horton Zentrum für Wissenstransfer der Universität Zürich: «Die Synthese von Forschungsergebnissen ist wichtig, aber die Tatsache, dass im Titel einer Arbeit «Metaanalyse» steht, ist noch keine Garantie, dass das Ergebnis korrekt und sinnvoll ist.»

Häufig zeigen die Ergebnisse von Metaanalysen oder «Systematic Reviews» keine wesentlichen Vor- oder Nachteile für bestimmte Medikamente oder Therapien. Einzelne Studien der Metaanalyse können aber durchaus für ein bestimmtes Patientenkollektiv Vorteile oder positive Effekte zeigen, die dann aber im Endresultat der Metaanalyse untergehen und keine individuelle Anwendung mehr finden (siehe Abb. 2).

«Wissensorientierte» und «aktionsorientierte» Guidelines

«Wissensorientierte Guidelines beruhen auf der Anwendung des Wissens, das in der Wissensbasis der Medizin formuliert ist.» Die aktionsorientierten Guidelines geben Anweisungen, was zu tun ist.

Schlussfolgerungen

Noch sind die Guidelines zu stark abhängig von krankheitsorientierten und nicht von patientenorientierten Studien. Häufig werden bei krankheitsorientierten Studien die älteren und multimorbiden Patienten ausgeschlossen. Es ist aber zwingend, dass in Zukunft Guidelines klinikrelevant auf den medizinischen Alltag zugeschnitten sind, bei dem die älteren und multimorbiden Patienten zunehmend in den Fokus rücken. Wir sollten in der ambulanten Medizin vermehrt Entscheidungen fällen, welche sich auf «wissensorientierte» Guidelines abstützen und die «aktionsorientierten» Guidelines kritisch hinterfragen. Die Wissensbasis der Medizin muss als Grundlage für die Entscheidungen im Praxisalltag weiterentwickelt und gestärkt werden.

Dr. med. Urs Stoffel,
Mitglied des Zentralvorstands der FMH

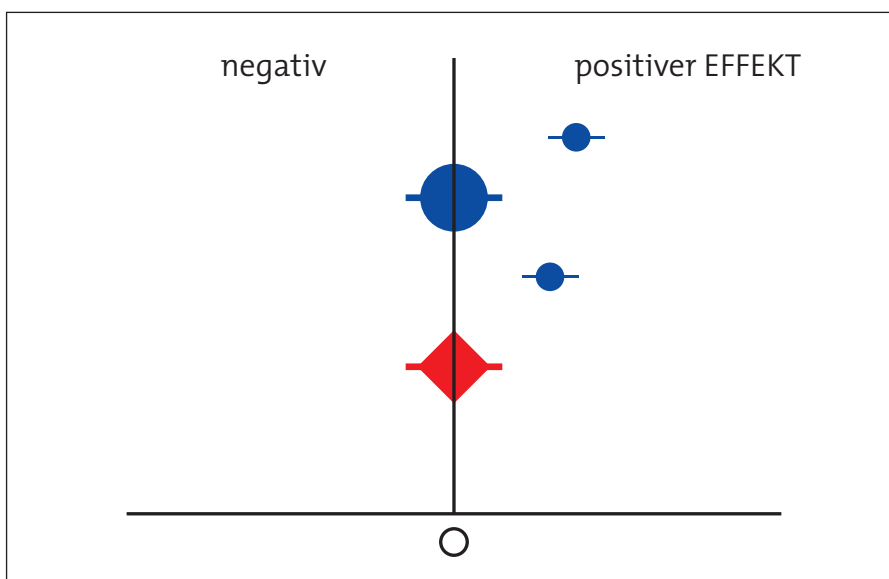


Abb. 2: Problematik von Metaanalysen.

Quelle: Prof. Johann Steurer, Horton Zentrum für Wissenstransfer der Universität Zürich.

1 Zitat von Prof. Johann Steurer, Horton Zentrum für Wissenstransfer der Universität Zürich, aus dem Referat: «Praxis(un)tauglichkeit von Guidelines – warum halten sich Ärzte nicht daran». St. Gallen, 12. Juni 2014.

2 <http://www.ibm.com/smarterplanet/us/en/ibmwatson/>