

EbM Deutsches Netzwerk, Symposium, 5. bis 7. März 2009 Berlin,
Evidenz und Entscheidung – System unter Druck

Freitag, 6. März 2009, 10 bis 11:15, Symposium 1
Rationalisierung und Prioritäten – die Rolle der EbM
Leitung: Tanja Krones, Norbert Donner-Banzhoff
Teilnehmer: Heiner Raspe (Lübeck), Urban Wiesing (Tübingen), JH (Hannover)

[Selbstvorstellung:

Arzt für Allgemeinmedizin, niedergelassen als Hausarzt seit 15 Jahren
in städtischer Gemeinschaftspraxis mit Ehefrau, ebenfalls Ärztin für
Allgemeinmedizin,
zusätzlich Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Medizinischen Hochschule Hannover]

Ich bin hier als

Hausarzt, als Entscheider und auch Anwender von EbM

1. These

Zur Diskussion kann ich die Perspektive des Hausarztes beitragen,
der tagtäglich handelt, behandelt und entscheidet,
viele Male pro Tag,
wie etwa 40.000 primärversorgende Kollegen in Deutschland auch.

Dieses Entscheiden empfinde ich jeweils als eine

Entscheidung im multidimensionalen Entscheidungsraum

2. These

Aufgespannt

zwischen dem Notwendigen, Wünschenswerten, und Machbaren
zwischen Patientenwunsch und ärztlicher Perspektive,
also in der Verhandlung zweier Experten (*Shared Decision Making*)
zwischen externer (*Evidence based medicine*)
und meiner internen Evidenz (auch Bauchentscheidungen)

und auch der Evidenz des Patienten

*„Herr Doktor, durch die Massagen, die Sie mir letztens aufgeschrieben
haben, sind die Rückenschmerzen schon viel besser geworden –
können Sie mir die noch mal aufschreiben?“*

am Boden festgehalten von begrenzten Ressourcen

(*Arzneimittelbudget, Laborbudget, Regelleistungsvolumen*)

beansprucht und eingeengt

von den Auswirkungen weitreichender externer Regulierung (*Bürokratie*)

unter ökonomischen Zwängen und Zeitdruck

(*Hausarzt als Kleinunternehmer – Entscheidungen über Mitarbeiter,
Strategien, Finanzen und Investitionen*)

Dieser multidimensionale Entscheidungsraum ist veränderbar ... These 2 a

er ist nicht statisch

Es gibt Fernwirkungen, auch Zweit- und Drittwirkungen,
wie immer in komplexen und hochgradig verbundenen / rückgekoppelten

Systemen (*Beispiel Praxisgebühr seit 2004, führt dazu, dass in bundesdeutschen Hausarztpraxen 4 Tage am Quartalsanfang keine Behandlung stattfindet, weil nur mit dem Ausstellen von Überweisungen beschäftigt*)

Dieser Entscheidungsraum ist veränderbar auch durch mich
– wobei mich in dunkler Stunde bisweilen Zweifel daran überfällt

... und dieser Entscheidungsraum verändert sich fortlaufend **These 2 b**

Mein Eindruck sogar :

Veränderungen finden beschleunigt statt (*Gesundheitsgesetzgebung*)

Weitreichende Veränderungen werden umgesetzt

ohne genügend rational begründet oder evaluiert zu sein

(*Beispiele Einführung Hautkrebsscreening; E-Card*)

Für mich Hausarzt bedeutet dies:

Veränderungen und Anpassungen müssen in unserer Praxis fortlaufend vollzogen werden

– und das absorbiert Ressourcen und Energie,

die für die unmittelbare Patientenversorgung verloren gehen

Was eben noch wesentlich galt, entfällt unvermittelt

(*Hausarztvertrag BEK, Integrierte Versorgung*)

§ 140 a-d

Prozeduren nehmen breiten Raum ein,

deren Relevanz für den Patienten und seine Gesundheit mir

zweifelhaft ist

(*Strukturierte Behandlungsprogramme / DMP*)

§ 137 f-g

Patientenwünsche müssen verhandelt werden,

ausgelöst von interessierter, jedoch oftmals wenig sachkundiger Seite

(*vor einem Jahr hieß es: „Herr Doktor,*

ich brauch’ unbedingt eine FSME-Impfung“,

zur Zeit: „Herr Doktor, meine Tochter

muss gegen Krebs geimpft werden“ – die HPV-Impfung)

Ein weites Feld – dennoch werde ich entscheiden:

und jetzt geschieht etwas Spannendes:

Der multidimensionale Entscheidungsraum kollabiert in der

Singularität der ärztlichen Entscheidung

3. These

Hier und Jetzt

Dieser eine Patient vor mir

Diese konkreten Bedingungen

Ich will das nicht überhöhen oder mystifizieren:

in 97 von 100 Fällen am Tag sind es einfache Entscheidungen,

aus der Routine heraus:

Antibiotikum ja / nein

Als Hausarzt verordne ich pro Jahr

Medikamente im Wert von etwa einer viertel Million Euro

Arbeitsunfähigkeit 3 Tage oder 5

Jedoch den besonderen „Fall des Tages“ zu erkennen

(auch einen Abwendbar gefährlichen Verlauf)

ihn in seiner Einzigartigkeit zu umgreifen
und für ihn eine angemessene, kreative Lösung zu finden
– das macht den Reiz hausärztlicher Tätigkeit aus

Glücklicherweise bin ich nicht allein:
ich treffe die

Entscheidung gemeinsam mit dem Patienten

4. These

Kommunikation, Kompromiss und Einigung sind erforderlich.
Dabei unschätzbare Vorteil des Hausarztes:
Langjähriges einander Kennen
vielfach geübte erfolgreiche Kommunikation
„erfolgreich“, weil vom Patienten fortgesetzt
gegenseitiges Vertrauen
Allerdings: Kommunikation / das Gespräch benötigt Zeit

Was ist nun der Einfluss von Evidence based medicine dabei?

EbM bestimmt mir eine von vielen Entscheidungsdimensionen

5. These

eine wesentliche – aber eben nur eine von vielen.

Für mich als Hausarzt und Entscheider
schätze ich den Einfluss von EbM vorteilhaft ein:
ich empfinde ihn wie eine Sicherheitsleine, ein Führungsseil oder eben eine Leitlinie

EbM verschafft mir
Transparenz
(*der Cholesterinsenker Rosuvastatin ist nicht wirksamer
als die Standardmedikation – jedoch viermal so teuer; a-t 2/09*)
Sicherheit
(*Hausärzte erkennen mit genügender Sicherheit eine Herzinsuffizienz*)
Überblick, Bewertungs- und Beratungsgrundlage

Eine Einschränkung:
„Meine“ EbM muss im hausärztlichen Entscheidungsraum basiert sein
sprich: die zugrundeliegende wissenschaftliche Untersuchung muss
im Feld der Primärversorgung erfolgen.

Deswegen muss ich fordern
Mehr Anwendungs- und Versorgungsforschung!
Was genau passiert eigentlich beim Hausarzt?
Was kommt dabei heraus?
Was nützt das dem Patienten? Welchen Wert hat es?
Wie kann man den Wert vielleicht auch messen?
Interessenunabhängige und verlässliche Informationsquellen

Vielen Dank!