

Der glückliche Hausarzt

Der Titel ist irreführend, denn dieser Text beschäftigt sich mit der Frage, warum der Hausarzt in seinem Praxisalltag bei Prävention, Diagnose und Therapie *Evidenz* oft nicht umsetzt. Inwiefern das mit seinem Glück oder Unglück zu tun hat, wird sich zeigen.

Ueli Morf

Umsetzen von Evidenz

Bei der Lektüre des British Medical Journal (BMJ) kann es dem Hausarzt warm werden ums Herz, so gut trifft die kristallklare Sprache der Editorials und vieler Artikel oft seine Befindlichkeit, auch wenn der Lesende ein Schweizer Hausarzt ist. Kürzlich erschien also unter dem Titel «*Why general practitioners do not implement evidence*» [1] eine qualitative Studie: Drei Fokusgruppen von Hausärzten in Südwestengland trafen sich in Gruppen nach dem Balint-Modell und diskutierten klinische Situationen, in denen sie sich nicht an die Regeln der Evidence Based Medicine (EBM) gehalten hatten. Die Gespräche wurden aufgezeichnet und von einer Gruppe von Forschern (primary care facilitators) analysiert. Dabei kristallisierten sich eine Reihe von Faktoren heraus, die den Hausarzt daran hindern können, Evidenz umzusetzen: *Persönliche Erlebnisse* spielen eine grosse Rolle. Der Hausarzt wird von Schlüsselerlebnissen mindestens so stark geprägt wie von Evidenz.

Die Art der Beziehung zwischen Hausarzt und Patienten bzw. das Bild, das der Arzt von seinem Patienten hat, beeinflusst das «Evidenzverhalten»: gerade eine eher paternalistische Sicht scheint es einigen Hausärzten zu ermöglichen, im voraus zu sagen, ob ein Patient die auf Evidenz basierenden Ratschläge umsetzen wird oder nicht. Andererseits möchten viele ihr gutes Verhältnis mit dem zufriedenen Patienten nicht aufs Spiel setzen, nur um den Regeln der EBM zu gehorchen.

Spezialisten scheinen es einfacher zu haben: Ihre Arbeitswelt ist viel stärker kontrolliert, als es das «wahre Leben» in der Allgemeinpraxis zulässt. Sie scheinen eine etwas andere Sorte Ärzte («a slightly different breed») zu sein. Ein Kollege brauchte in diesem Zusammenhang gar den Begriff einer «Evidence Based Mafia». Der Hausarzt gerät

unter Druck, wenn der Spezialist in seinem Bericht erwähnt, er habe «noch immer einen Blutdruck von 160/94» beobachtet. Er weiss, dass er dem Patienten ein Medikament geben sollte und ihm damit eventuell auch eine Nebenwirkung gibt, die seine Lebensqualität beeinträchtigt.

Der emotionale Aspekt der Evidenz kam zur Sprache: Ängste, ausgelöst durch die Ansprüche der EBM, Schuldgefühle, wenn etwas schiefgegangen ist, weil die Richtlinien der EBM nicht eingehalten wurden, aber durchaus auch Gefühle der Sicherheit und des Ansporns durch klare Erkenntnisse.

Zum Schluss wird über die *Wortwahl* diskutiert, die darüber entscheiden kann, ob sich der Patient für oder gegen eine Behandlung entscheidet, ein Thema, das wir aus dem Alltag der Beratung gut kennen und hier nicht verfolgen wollen.

Diese Arbeit illustriert, wie komplex und plastisch der Prozess der Umsetzung von Evidenz im Praxisalltag ist. Der Ausgangspunkt war die – gut belegte – Aussage, dass Hausärzte Evidenz oft schlecht umsetzen. Gilt das auch für die Schweizer Hausärzte?

Kenntnisse der EBM-Terminologie

Was jedenfalls *auch* für Schweizer Ärzte zu gelten scheint, ist die Unsicherheit im Umgang mit Grundbegriffen der EBM. In diesem Zusammenhang mag eine Untersuchung von J. Steurer und Mitautoren über Kenntnisse des Aussagewertes eines Screening-Tests bei 263 Schweizer Hausärzten interessieren [2]. In einem Multiple-choice-Test wählten 76% die Antwort betreffend den Begriff *Sensitivität* und 61% betreffend den Begriff *prädiktiver Wert* korrekt, aber nur 22% wählten die richtigen Antworten bei Fragen über die praktische Anwendung dieser Begriffe.

Ähnlich sieht es in einer Arbeit über Kenntnisse australischer Hausärzte in EBM-Terminologie aus [3]. Die meisten Kollegen waren der Meinung, sie seien eher Anwender von EBM-Erkenntnissen als EBM-Theoretiker, und die Zeit zum Lernen dieser Begriffe sei schlecht investiert.

Kenntnisse, z.B. Kenntnisse der Beurteilungskriterien, sind aber doch wohl die Voraussetzung für das Vertrauen in die Aussage der Studien, die uns als Basis für die EBM dienen und noch mehr für das Misstrauen dort, wo die Evidenz dünn ist.

Aber ehrlich: Welcher Hausarzt hat Zeit und Energie, Originalliteratur zu suchen, zu lesen und kritisch für die eigenen Bedürfnisse und die seiner Patienten zu würdigen? Könnte es aber nicht sein, dass die Zahl der *Patienten*, die Zeit für ein Medline-retrieval haben, in Zukunft wächst? Wir müssen ihnen zumindest informierte Gesprächspartner sein können.

Präventivmedizin: Umsetzen von Evidenz

Kürzlich fragte Marc Müller in einem Editorial von *PrimaryCare* [4] zu Recht: *Prävention, wen interessiert das schon ...?* Ist es um die Umsetzung von Evidenz im präventivmedizinischen Alltag vielleicht noch schlimmer bestellt?

Eine Arbeit von R. Ludwig [5] gibt zu dieser Frage quantitative Hinweise. Sie fragt nach Ursachen, warum evident *wirksame Vorsorgemassnahmen bei älteren Personen* in der Schweiz oft nicht durchgeführt werden. 213 über 65jährige Personen und ihre 27 Hausärzte wurden 1999/2000 bezüglich durchgeführter Vorsorgemassnahmen (Blutdruckmessung im letzten Jahr, Cholesterinmessung in den letzten 5 Jahren, Gehörkontrolle im letzten Jahr, Grippeimpfung im letzten Jahr, Pneumokokkenimpfung jemals, Stuhluntersuchung auf okkultes Blut in den letzten 12 Monaten, Mammographie in den letzten 1–2 Jahren, Augenkontrolle und Zahnkontrolle in den letzten 12 Monaten) befragt. Der Prozentanteil der älteren Personen, bei denen die Vorsorgemassnahme *nicht* durchgeführt wurde, fächerte sich zwischen 7% bei der Blutdruckmessung, 20% bei der Cholesterinbestimmung, 52% bei der Grippeimpfung, 76% bei der Stuhluntersuchung auf Blut, 86% bei der Mammographie und 95% bei der Pneumokokkenimpfung auf. Allen diesen Massnahmen (ausser der Cholesterinmessung) attestiert die «US Preventive Services Task Force» gute bis genügende Evidenz für Wirksamkeit. Die ungenügende Umsetzung mag, wie die Autoren rasonieren, damit zusammenhängen, dass mit Ausnahme bei der Grippeimpfung keine klaren Richtlinien, sei es von seiten des BAG, sei es von Fachgesellschaften, zur Verfügung stehen und zudem die Finanzierung präventiver Beratung und Massnahmen in vieler Hinsicht nicht klar geregelt ist. Zudem ist der präven-

tive Gedanke in der Geriatrie für viele noch ungewohnt.

Vom Glück des Hausarztes

Viel wahrscheinlicher sind es aber wiederum Gründe im persönlichen Erfahrungs- und Erlebnisbereich des einzelnen Hausarztes, die den Ausschlag geben. Wenn es nämlich um präventivmedizinische Aufgaben geht, fällt der ganze Bereich der Schlüsselerlebnisse dahin. Statt zu fragen, wer an Prävention interessiert sei, sollte man wohl eher fragen, wer als Hausarzt denn schon jemals ein präventivmedizinisches Schlüsselerlebnis gehabt hat! Auch wir Hausärzte wollen aber Erlebnisse, wenn möglich Erfolgserlebnisse, haben. Wir sind eben auch eine eigene Rasse («a slightly different breed»).

Und hier kommt nun das Glück ins Spiel. Sind wir vielleicht manchmal geplagt von Scham, weil wir z.B. unsere EBM-Aufgaben schlecht gelöst haben oder überhaupt, weil unsere berufliche Leistung nicht so gut war, wie sie hätte sein können? Scham ist nun nicht eben das hausärztliche Gefühl, über das am meisten geschrieben wird. Laut F. Davidoff [6] ist Scham die Kehrseite des Fortschrittes. Etwas aufgeben, was man bisher getan hat (weil ein Fortschritt erzielt wurde, weil die Evidenzlage sich verändert hat), kann beschämen. Diese Scham bremsst den Fortschritt unter Umständen und kann mit den Worten Davidoffs so mächtig sein wie ein Elefant im Raum: so gross, dass man ihn nicht sieht und sich doch ständig daran stösst.

Und Scham ist alles andere als ein Glücksförderer. *Sind wir Hausärzte unglücklicher als andere?*

Eine nicht enden wollende Debatte zum Thema des unglücklichen Arztes hat Richard Smith mit seinem Editorial im BMJ [7] vor einem Jahr ausgelöst. Es geht dort vornehmlich um das Missverhältnis zwischen den inflationären Erwartungen des Publikums an die Macht der Medizin und dem Wissen der Ärzteschaft um ihre beschränkten Möglichkeiten. Es wird vorgeschlagen, dass der imaginäre Vertrag zwischen Arzt und Patient neu ausgehandelt werden müsste.

Die EBM repräsentiert eine wichtige Facette der Medizin. Soll ihr Gehalt sich fruchtbar auswirken, muss sie dem Hausarzt und seinem Patienten in Form von griffigen Instrumenten zur Verfügung stehen.

Eine übermächtige EBM kann aber auch ein Elefant sein, der beim Hausarzt nur Scham und vermindertes Selbstwertgefühl hinterlässt. Das Glück des Hausarztes, in Südwestengland wie in der Schweiz, hat unter anderem etwas damit zu tun, ob es ihm gelingt, den «kantigen Pfahl der Evidenz ins runde Loch» des wahren Lebens seines Patienten einzupassen.

Literatur

- 1 Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence. *BMJ* 2001;323:1100–2. Internet: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7321/1100>
- 2 Steuer J, Fischer JE, Bachmann LM, Koller M, ter Riet G. Communicating accuracy of tests to general practitioners. *BMJ* 2002; 324:824–6. Internet: <http://bmj.com/cgi/content/full/324/7341/824>
- 3 Woodcock JD, Greenley S, Barton S. Doctors' knowledge about evidence based medicine terminology. *BMJ* 2002;324:929–30. Internet: <http://bmj.com/cgi/content/full/324/7343/929>
- 4 Müller M. Prävention, wen interessiert das schon ...? *PrimaryCare* 2002;2:203–4. Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-08/2002-08-074.pdf>
- 5 Ludwig R. Medizinische Vorsorgemassnahmen bei älteren Personen in der Schweiz: Ergebnisse einer epidemiologischen Erhebung. Dissertation, Universität Bern; 2002.
- 6 Davidoff F. Shame: the elephant in the room. *BMJ* 2002;324:623–4. Internet: <http://bmj.com/cgi/content/full/324/7338/623>
- 7 Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 2001;322: 1073–4. Internet: <http://bmj.com/cgi/content/full/322/7294/1073>



The poster features a vertical title 'Congress' in white on a black background, with 'Lugano' in blue below it. A blue vertical bar is positioned behind the 'g' in 'Congress'. To the right, a photograph shows a tropical beach with palm trees and a mountain in the distance. Below the title, the dates '6-7. | 9. | 2002' are displayed. At the bottom, logos for the Swiss Society for Public Health (SMG GAM) and the Swiss Society of Addiction Medicine (S.S.A.M.) are shown, along with their names in multiple languages.

**SMG
GAM**

**congress
Lugano**

6-7. | 9. | 2002

S.S.A.M.

Swiss Society for Public Health
Schweiz. Ges. für Prävention und Gesundheitswesen
Société Suisse de santé publique
Società Svizzera di Salute Pubblica

Swiss Society of Addiction Medicine
Schweizerische Gesellschaft für Suchtmittel
Société Suisse de Médecine de l'Addiction
Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze