

Brücken bauen – von der Evidenz zum Patientenwohl

Eine der größten Herausforderungen in der Medizin – und ganz besonders in der Allgemeinmedizin – ist die Verknüpfung der klinischen Forschung mit den Herausforderungen der Praxis. Weltweit klafft eine riesige Lücke zwischen einer Unmenge an Studien der Grundlagenforschung und tatsächlich relevanter Studien, die uns im niedergelassenen Bereich helfen. Trotz dieses Mangels gibt es oft bereits gute Evidenz, die unter Berücksichtigung der Präferenzen unserer Patienten und eigener klinischer Erfahrung zur Anwendung kommen soll. Das ist es, was man unter evidenzbasierter Medizin (EbM) versteht. Es ist keine Kochbuchmedizin, keine gesetzliche Verpflichtung, etwas zu tun oder zu unterlassen – zum Schutz des Patienten heißt es, die wissenschaftlich beste Evidenz einzubeziehen. Als Schutz vor Über-, Fehl-, aber auch Unterversorgung und als sichere Hilfestellung im Praxisalltag ist EbM heute Selbstverständlichkeit geworden. Evidenzbasierte Leitlinien liefern eine exzellente Basis, um mit den Patienten in der Praxis gemeinsam eine fundierte Entscheidung zu treffen. Kampagnen wie „Choosing Wisely“ (ausgehend von den USA), „smarter medicine“ (Schweiz) oder die in Österreich (in Kooperationen mit den medizinischen Universitäten unter der Federführung des IAMEV und der Cochrane-Zweigstelle Österreich) im Jahr 2017 gestartete Kampagne „Gemeinsam gut entscheiden“ zeigen das vermehrte Bedürfnis eines praxisrelevanten und zeitsparenden Einsatzes solcher Evidenz.

Täglich erleben wir die Situation, dass die Evidenz für eine sichere individuelle Entscheidung dünn ist, also Unsicherheit besteht und doch praktische diagnostische und therapeutische Entscheidungen getroffen werden müssen. Selbst bei klarer Evidenz ist es eine Herausforderung für einzelne Personen im Ordinationszimmer, in der Ambulanz oder dem Krankenhaus – dort wo sich alles fügen sollte –, die qualitativ hochwertigste Evidenz, die Präferenz des Betroffenen und die Erfahrung des Praktizierenden zu verbinden, hier braucht es praktische/pragmatische Implementierungsansätze in Kommunikation und Wissensvermittlung, damit die EbM nicht nur hohle Theorie bleibt, sondern Anwendung findet.

Dies alles wird Thema des EbM-Kongresses in Graz sein, den das

Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. in Kooperation mit dem IAMEV, ebm.at und der ÖGAM abhalten dürfen. Mit dem Titel „Brücken bauen – von der Evidenz zum Patientenwohl“ ist es Ziel, diesen Herausforderungen zu begegnen. Verschärft durch den zunehmenden zeitlichen und ökonomischen Druck und unter der Last des sich stets schneller wandelnden medizinischen Wissens, den immer älter und häufiger krank werdenden Patienten betrifft diese Thematik sämtliche Health Professionals und Akteure im Gesundheitswesen, weshalb wir sie alle einladen, gemeinsam auf diesem Kongress neue Ansätze zu reflektieren und uns bewusst den Grenzen des evidenzbasierten Wissens sowie den Schwierigkeiten und Möglichkeiten in der Umsetzung zuzuwenden. Weitere Themen des Kongresses werden unter anderem der Umgang mit Unsicherheit bei medizinischen Entscheidungen, Hürden im System (zum Beispiel Fehlanreize), methodische Neuerungen aus der EbM-Szene und Beiträge zur patientenrelevanten Forschung sein.

Als Hauptvortragende begrüßen wir Professor Paul Glasziou (AUS) – der uns an vielen Beispielen aus der Praxis zeigen wird, wie EbM praktiziert werden kann – und Prof. Susan Michie, die sich speziell mit den Schwierigkeiten in der Nutzung von EbM und möglichen Lösungsszenarien beschäftigen wird. In der Hoffnung, dass es gelingen wird, ein interessantes Programm zusammenzustellen, würden wir uns sehr freuen, sie auch von 8. bis 10. März 2018 in Graz begrüßen zu dürfen.



© Cityfoto/Mayr Peter Christian

**Univ.-Prof. Dr.
Andrea Sieben-
hofer-Kroitzsch**

*Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch,
Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsfor-
schung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz,
Kongresspräsidentin*

Evidenzbasierte Medizin für

Erfahrungsmedizin, Zuwendung und evidenzbasierte Medizin müssen kein Widerspruch sein, sagt die Grazer Versorgungsforscherin Andrea Siebenhofer-Kroitzsch im Gespräch mit der Herausgeberin der EbM-Guidelines für Allgemeinmedizin, Susanne Rabady. Das gemeinsame Ziel ist das Wohl der Patientinnen und Patienten.



Dr. Susanne Rabady

Dr. Susanne Rabady: Prof. Harald Abholz, erfahrener Hausarzt und EbM-Pionier, hat auf dem DEGAM-Kongress im September eine vielbeachtete Rede gehalten. In dieser setzt er sich intensiv damit auseinander, wie evidenzbasierte Medizin mit individualisierter Medizin, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Er zeigt auf, wie nahe sich evidenzbasierte Medizin und Hausarztmedizin in ihrer Zielsetzung sind: Beide interessieren sich vor allem für den Nutzen, den eine bestimmte Maßnahme, ein bestimmtes Medikament für den Patienten hat – und nicht dafür, was entsprechend der Pathophysiologie an Nutzen zu erwarten sein müsste. Frau Prof. Andrea Siebenhofer sind Wissenschaftlerin und Leiterin einer Abteilung für evidenzbasierte Medizin mit langjähriger Erfahrung auf diesem Gebiet. Können Sie einen kurzen Abriss über die wichtigsten Methoden und Strategien geben, mit denen Patientennutzen nachgewiesen werden kann?

Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch: Täglich stellen wir uns bei der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten viele Fragen, die es zu beantworten gilt. Hierbei ist es das Wichtigste sich immer in Abhängigkeit der Si-



Univ.-Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

© Cityfoto/Mayr, Peter Christian

tuation zu überlegen, was es für die Beantwortung der jeweiligen Frage benötigt. Das ist ganz einfach, wir wissen zum Beispiel, dass ein Typ-1-Diabetiker Insulin benötigt – es ihm nicht zu geben, wäre tödlich. Es wäre fahrlässig, dies in einer klinischen Studie zu untersuchen. Wenn allerdings das hundertste Blutdruckmittel auf den Markt kommt, und wir per se bereits wissen, dass eine Blutdrucksenkung nachweislich die kardiovaskuläre Mortalität und Morbidität senken kann, dann ist es mir für diesen Vergleich sehr wichtig, eine randomisierte klinische Studie zu finden. Bei der Zulassung wird allerdings lediglich geprüft, ob das Medikament wirksam ist, zum Beispiel ob ein blutdrucksenkendes Medikament tatsächlich den Blutdruck senkt. Es ist allerdings für die Zulassung kein Nachweis eines Langzeitnutzens erforderlich, zum Beispiel ob zusätzlich zur Blutdrucksenkung auch weniger Patienten daran versterben oder weniger Herzinfarkte haben.

Rabady: Die Patienten in der Allgemeinpraxis sind nun häufig ganz anders beschaffen, als die Patienten, die in die Studien eingeschlossen waren: Sie sind eventuell älter, leiden an einer oder – häufig – mehreren weiteren Erkrankungen, die vielleicht sogar Gründe waren für einen Studienausschluss. Woher weiß nun der in der Praxis tätige Arzt, ob dieser beschriebene Nutzen auch für diesen konkreten Patienten gilt?

Siebenhofer-Kroitzsch: Kein Arzt in der Praxis kann für irgendein Medikament wissen, ob dieser beschriebene Nutzen auch für diesen seinen konkreten Patienten gilt, aber man kann Ergebnisse aus klinischen Studien – auch wenn die Ein- und Ausschlusskriterien eingeschränkt sind – soweit wie möglich ins hausärztliche Setting übertragen. Man sieht sich die Ergebnisse solcher Studien an und gewichtet sie. Wenn in solchen Studien nur ein geringer Effekt nachweisbar ist, so ist es wahrscheinlich, dass das Medikament per se über eine geringe Wirksamkeit verfügt und dass im typischen hausärztlichen Kollektiv (höheres Alter, Multimorbidität et cetera) dieser Effekt noch weiter verwässert wird. Man muss stets und individuell abwägen, ob der Nutzen den Schaden überwiegt.

Rabady: Zu vielen Maßnahmen, die wir in der Praxis anwenden, zu vielen Fragestellungen, mit denen wir konfrontiert sind, gibt es gar keine oder nur sehr wenige Studien – und daher auch kein sicheres Wissen über ihren Nutzen. Wie sollen wir damit umgehen? Wir können Patienten ja nicht unverrichteter Dinge – also ohne Hilfsangebot – nach Hause schicken, nur weil wir keine hochwertigen Studien haben, die die Wirksamkeit einer Maßnahme belegt.

Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

die Hausarztpraxis

Siebenhofer-Kroitzsch: EbM bedeutet, die qualitativ hochwertigste Evidenz (das ist das Wissen aus der Forschung), die Präferenz des Betroffenen und die Erfahrung des Praktizierenden zu vereinen. EbM ist ein wertvolles Instrument. Es schützt den Patienten, und es schützt den Arzt, wenn man weiß, was man tut.

Weltweit klafft leider eine riesige Lücke zwischen der großen Anzahl an Studien aus der Grundlagenforschung und solchen Studien, die uns auch im niedergelassenen Bereich weiterhelfen. Das ist eine enorme Herausforderung, denn um tatsächlich für den Praxisalltag gut implementierbare Evidenz zu generieren, bedarf es einerseits der finanziellen Mittel, um Versorgungsforschung zu fördern, andererseits hochmotivierter Hausärzte, die mitarbeiten, um solcherlei Studien direkt in der Praxis durchzuführen.

Praxisrelevante und simple Studien werden nicht von der Industrie gesponsert, dafür ist der zu erwartende Benefit zu gering. Man muss – wie in Deutschland bereits breit praktiziert – von öffentlicher Hand unterstützt werden, um Implementierung von Wissen in die breite Versorgung zu ermöglichen.

Rabady: Die Ergebnisse jeder Studie, auch der allerzuverlässigsten, gelten immer nur für einen Teil der Probanden – wenn auch für den größten. In jeder noch so positiven Studie gibt es immer Probanden, die dennoch keinen Nutzen haben, und in jeder negativen solche, die sehr wohl profitieren. Abholz besteht als bedachter, engagierter Wissenschaftler auf der sorgsamem Erforschung des Nutzens von Methoden und Medikamenten durch möglichst zuverlässige Studien. Er besteht als erfahrener Hausarzt auf der Anpassung des Studienwissens auf die individuellen, einzigartigen Umstände dieses Patienten – des „Menschen vor ihm“ – und auf der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen konkretem Patienten und konkretem Arzt. Voraussetzungen für erfolgreiche Individualisierung aus unserer hausärztlichen Sicht sind die gute Kenntnis des Patienten und seiner Vorgeschichte, die wir ja zum Teil miterlebt haben, eine

breite Zuständigkeit für viele seiner Belange und natürlich die gute medizinische Kenntnis in der nötigen Breite. Und die gute Arzt-Patienten-Beziehung, die das nötige Vertrauen schafft.

Das sagen wir Hausärzte, davon sind wir überzeugt. Aber was wissen wir eigentlich sicher über diesen Prozess der Anwendung, der Individualisierung? Was sagt die Wissenschaft, zum Beispiel über den Umgang mit Multimorbidität, über die Rolle von personeller Kontinuität oder über die der Arzt-Patienten-Beziehung? Viele Fragen, die uns Hausärzte beschäftigen, auch diese: Immer wieder sind wir mit der Forderung nach Umsetzung von EbM in die Praxis konfrontiert. Aber wie kann man „Umsetzung“ denn überhaupt bewerten, wenn Individualisierung doch unverzichtbare Voraussetzung für gute Praxis ist?

Siebenhofer-Kroitzsch: Diese Fragen gehören zu jenen, die wir am Kongress beantworten möchten. Wenn man genau wüsste, was EbM ist, dann wüsste man, dass es eben nicht aufwendig, hinderlich oder belastend sein muss, sondern es mit Hilfe von zum Beispiel gut aufbereitetem Wissen (aus EbM-basierten Leitlinien, Gesundheitsinformationen et cetera) eine Erleichterung für jede individuelle Entscheidung mit den Patienten aufbauend auf der klinischen Expertise des Arztes sein kann.

Rabady: Ich freue mich, so wie Sie auch, auf diesen Kongress, dessen wirklich spannendes, praxisrelevantes Leitthema ja diese Frage nach der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse ist, die wir hier miteinander erörtern. Schön wäre es, dort möglichst viele in der Praxis tätige Allgemeinärzte zu treffen, um viele solche und andere Diskussionen führen zu können, um den Austausch zwischen Praxis und Theorie zu fördern. Und vielleicht lassen sich gemeinsam auch Antworten finden – oder zumindest die richtigen Fragen! Denn evidenzbasierte Medizin und Hausarztmedizin haben in der Tat das gleiche Ziel: konkreten Nutzen für konkrete Patienten.

Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Maria Wendler
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Barbara Degn,
Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanne Rabady

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at • www.oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.