

MEDIZIN

„Wie ticken die Ärzte?“

Warum kommt medizinisches Wissen oft nicht oder zu spät im klinischen Alltag an? Lässt sich das vielleicht ändern? Das neue Feld der Versorgungsforschung soll Antworten liefern.



Blutdruckmessung



Beratungsgespräch



Schmerztherapie



Hand-Desinfektion im Krankenhaus

Ärztliche Fehlerquellen: Erschreckende Mängel auf der „letzten Meile“

Eigentlich sollte jeder niedergelassene Arzt wissen, wie er Bluthochdruck zu behandeln hat. Täglich bekommt er Besuch von Patienten, die darunter leiden; 345 Medikamente stehen ihm bei der Behandlung zur Wahl; und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften geben ihm exakt Auskunft, welches davon er wann verschreiben sollte.

Soweit die Theorie. In der Wirklichkeit jedoch werden nur etwa ein Viertel der Männer und ein gutes Drittel der Frauen ausreichend behandelt. Wieso kommen die Erkenntnisse aus der klinischen Forschung einfach nicht in der Praxis an? Stimmt es, dass die Patienten schuld sind, die nicht recht kooperieren?

Wahrscheinlich nicht. Eine großangelegte Studie von Kölner Forschern stellt nicht den Patienten, sondern den Ärzten ein verheerendes Zeugnis aus. Die Forscher verschickten einen Fragebogen an

niedergelassene Allgemeinärzte, Internisten und Kardiologen, um deren Basiswissen über die Behandlung von Bluthochdruck abzufragen. Peinliches Ergebnis: Von den 11 547 Ärzten, die den Bogen zurückschickten, wussten gerade einmal 4103, ab welchem Wert man überhaupt von Bluthochdruck spricht; ausreichende Kenntnisse auf dem Gebiet (mindestens fünf von acht Fragen richtig) hatte nicht einmal ein Viertel der Mediziner.

„Wir brauchen viel mehr Studien dieser Art“, sagt Matthias Schrappe, wissenschaftlicher Geschäftsführer der Universität Witten/Herdecke. „Was nützt alle Grundlagenforschung über Zellen und Moleküle, was nützen alle teuren klinischen Studien über die Wirksamkeit von Medikamenten, wenn dieses Wissen die Patienten gar nicht erreicht?“

Was genau auf der „letzten Meile“ der wissenschaftlichen Erkenntnisse – also

beim letzten Schritt der Umsetzung in die Praxis – passiert, damit beschäftigt sich das junge Fachgebiet der Versorgungsforschung. Wissenschaftler, die, wie Schrappe, auf diesem Feld tätig sind, untersuchen nicht nur, wo Patienten nicht nach dem Stand des medizinischen Wissens behandelt werden; sie wollen auch herausfinden, woran das liegt. Nicht nur die Ärzte, auch die Patienten, das Krankenhaus, die Arztpraxis sowie das Gesundheitssystem als

Ganzes werden von ihnen dazu unter die Lupe genommen.

Lange wurde dieses Forschungsfeld in Deutschland vernachlässigt. Seit jedoch im Jahr 2000 ein Gutachten des Sachverständigenrats Über-, Unter- und Fehlversorgungen im deutschen Gesundheitssystem angeprangert hat, nahm seine Bedeutung rapide zu. Das Bundesforschungsministerium hat gemeinsam mit den Krankenkassen ein 21 Millionen Euro teures Programm zur Versorgungsforschung aufgelegt; auch die Bundesärztekammer fördert seit neuestem Studien auf diesem Gebiet. Die Universität Witten/Herdecke machte das Thema gar zum Dreh- und Angelpunkt der wissenschaftlichen Aktivitäten ihrer medizinischen Fakultät.

Auch Forschungsministerin Annette Schavan sieht in der Versorgungsforschung einen „Beitrag für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen“. Und Holger Pfaff vom Institut für Medizinische Soziologie der Universität zu Köln und Vorsitzender des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung sagt: „Ohne wissen-

schaftliche Erkenntnisse auf diesem Gebiet ist jede Gesundheitsreform so, als repariere man an einem Motor herum, den man gar nicht kennt.“

Eine Auswertung medizinischer Publikationen ergab, dass nach 20 Jahren von 101 untersuchten wissenschaftlichen Neuerungen nur 5 in der Praxis angekommen waren. Und selbst das bedeutet – wie die Bluthochdruck-Studie eindrucksvoll beweist – noch keineswegs, dass sie auch richtig angewendet werden. Gerade bei häufigen Krankheiten ist die Versorgung oft erschreckend schlecht.

So zeigt sich beispielsweise,

- ▶ dass sich weniger als die Hälfte der Ärzte im Krankenhaus korrekt die Hände desinfizieren;
- ▶ dass die Infektionsraten, etwa bei den weitverbreiteten Venenkanülen, deshalb mitunter zwei- bis dreimal so hoch sind wie nötig;

- ▶ dass Ärzte extrem häufig schleimlösende Hustenmedikamente empfehlen, obwohl Studien längst gezeigt haben, dass sie wirkungslos sind;
- ▶ dass die Blutzuckerwerte von etwa einem Drittel aller Altersdiabetiker in Deutschland nur schlecht eingestellt sind;
- ▶ dass Patienten mit chronischen Schmerzen nur selten entsprechend den geltenden Leitlinien therapiert sowie viel zu spät und zudem meist nur auf eigene Initiative hin von einem Schmerzspezialisten behandelt werden.

Wie, so fragen die Versorgungsforscher, sind diese erschreckenden Mängel zu erklären? Liegt es wirklich ausschließlich am dürftigen Wissen der Ärzte? Oder ist die Sache komplizierter?

Wieder liefert die Kölner Bluthochdruck-Studie Aufklärung: Als die Forscher nämlich versuchten, die Wissenslücken der Ärzte mit Hilfe von Informationsbrochüren zu schließen, schlug das völlig fehl. Und auch andere Studien haben immer wieder gezeigt, dass passive Weiterbildungsmaßnahmen allein nichts verändern.

„Wir müssen deshalb versuchen zu verstehen, wie Ärzte eigentlich ticken“, meint Schrappe. Stefan Wilm zum Beispiel, Versorgungsforscher und Allgemeinmediziner von der Universität Düsseldorf, konnte durch Interviews und Gesprächsanalysen zeigen, wie wenig sich Ärzte, die von Nöten geplagte Patienten behandeln, von ihrem medizinischen Wissen leiten lassen. Stattdessen orientieren sie sich nicht selten wie ihre Patienten an uralten humoralpathologischen Vorstellungen, etwa, dass die Ausscheidung des Schleims eine Art Reinigung bedeute. Aus diesem Grund empfehlen sie auch schleimlösende Medikamente, die gar nichts bringen.

Auch eine weitere Düsseldorfer Untersuchung offenbarte die Komplexität des ärztlichen Entscheidungsprozesses. Die Forscher schickten dazu genau instruierte Scheinpatientinnen in 52 Hausarztpraxen. Diese Frauen berichteten den Ärzten, dass sie seit einigen Tagen an starken Kopfschmerzen litten.

Die eine Hälfte der Scheinpatientinnen blieb bei diesem Bericht möglichst neutral, die andere Hälfte gab sich bei exakt gleicher Krankheitsgeschichte ängstlich und streute dazu Sätze ein wie „Ich mache mir große Sorgen, dass es etwas Schlimmes ist“. Um Überweisung baten die ängstlichen Patientinnen dabei allerdings nicht, und auch Gefühlsausbrüche wie etwa Weinen sollten sie vermeiden.

Doch allein die subtil zur Schau gestellte Ängstlichkeit reichte schon, um viele Ärzte zum Handeln zu veranlassen: Obwohl ernsthafte Warnzeichen in sämtlichen Krankheitsgeschichten völlig fehlten, überwiesen sie die ängstlichen Scheinpa-

tientinnen achtmal häufiger an einen Facharzt als die nüchtern auftretenden. So produzieren Ärzte enorme Kosten – und schaden möglicherweise sogar ihren Patienten, denn Fachärzte veranlassen als Spezialisten nicht selten belastende Untersuchungen.

„Mit Wissen hatte dieses Verhalten wenig zu tun“, sagt Wilm. „Das ist etwas, was unbewusst abläuft: Die Ärzte haben sich von der Angst der Patientinnen regelrecht anstecken lassen.“ Den Ärzten immer wie-

im Bereich der Überversorgung dringend neue Erkenntnisse vonnöten: Würden die Patienten schlechter dastehen, wenn man die Zahl der ambulanten Kniegelenksspiegelungen (die in Deutschland extrem hoch ist) einfach halbieren würde? Und müssen in Deutschland wirklich mehr als doppelt so viele Menschen pro Jahr einer Herzkatheter-Untersuchung unterzogen werden wie im europäischen Durchschnitt? Wenn es um solche Fragen geht, stoßen die For-



Mediziner Schrappe: Infektionsrisiko in Kölner Klinik verringert

der die Leitlinien einzubleuen helfe da wenig. Viel wichtiger sei es, dass die Mediziner ihre eigenen Gefühle wahrnehmen und verstehen lernen.

Die Umsetzung der Ergebnisse der Versorgungsforschung klappt dabei meist am besten bei den Untersuchten selbst. So stellte Versorgungsforscher Schrappe bei einer Studie in vier Kölner Krankenhäusern fest, dass 27 Prozent aller Kanülen in den Venen zu Infektionen führten – ein verheerender Befund. Doch in diesem Falle reichte die Rückmeldung des blamablen Ergebnisses an Ärzte und Krankenschwestern zusammen mit einer gemeinsamen Diskussion der richtigen Verhaltensregeln aus, um die Rate deutlich zu senken.

Oft jedoch wird die Umsetzung von Erkenntnissen durch die vielfältigen Interessen erschwert, die das Gesundheitssystem prägen. So wären etwa besonders

schwer auf Widerstände: Die Ärzte fürchten deutliche Einkommenseinbußen. Und auch die Krankenkassen sind oft weniger am Sparen interessiert als daran, sich mit besonderen Projekten zu profilieren – die sie dann wiederum nur ungern kritisch erforschen lassen.

Zudem plant ein weiterer Spieler des Gesundheitssystems, die Versorgungsforschung für seine Zwecke zu nutzen: die Pharmaindustrie. Dass dem Gesetz zufolge die Krankenkassen bei gleicher Wirksamkeit in der Regel nur das billigste Medikament zahlen sollen, ist den Konzernen ein großes Ärgernis. Nun hoffen sie, dass Forscher, wenn sie nur die richtigen Fragen stellen, schon andere Vorteile der teuren Pillen zutage fördern werden. So dürfe man zum Beispiel nicht nur gucken, ob es den Patienten bessergehe, sondern auch, ob sie sich vielleicht besser fühlten.

VERONIKA HACKENBROCH