



Medical Decision Making Alpha und Omega der Leitlinienarbeit

**1. Austrian Guideline Symposium
9. Oktober 2006
Billrothhaus Wien**

Dr. med. Günther Jonitz, Berlin



**Die wichtigste Person
im Leben eines kranken Menschen
ist
der Arzt**



Rationales:

Richtiges Wissen verfügbar machen.

Leitlinien sind einfach, verständlich, klinisch problembezogen und ergebnisorientiert.

Heuristiken statt Bayes-Theorem („simple heuristics that make you smart“, Gerd Gigerenzer)

Qualitätsindikatoren ermöglichen „Erfolgserlebnisse“ für Arzt und Patient

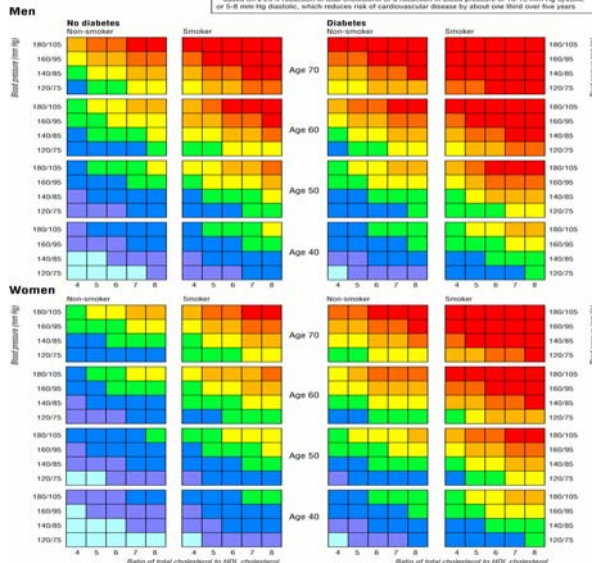
Die Abschätzung des individuellen Risikos macht aus der Leitlinie einen „Maßanzug“



New Zealand cardiovascular risk prediction charts

Risk level	Benefit (1)	Benefit (2)
5 year cardiovascular risk (non-fatal and fatal)	Cardiovascular events prevented per 100 treated for 5 years*	Number needed to treat for 5 years to prevent 1 event*
Very high >20%	>10	<10
High 15-20%	7.8	13
Intermediate 10-15%	6	16
Moderate 5-10%	4	25
Low 2-5%	2.5	40
Minimal <2.5%	1.25	80
	0.625	160

* Based on a 20% reduction in total cholesterol or a reduction in blood pressure of 10-15 mm Hg systolic or 5-8 mm Hg diastolic, which reduces risk of cardiovascular disease by about one third over five years



GENERAL PRACTICE:

Simon Baker, Patricia Priest, and Rod Jackson

Using thresholds based on risk of cardiovascular disease to target treatment for hypertension: modelling events averted and number treated

BMJ, Mar 2000; 320: 680 - 685



Was braucht's noch für eine gute Entscheidung

Mementos von David Sackett:

„um ihren Patienten mit EbM wohl zu tun, brauchen sie vier Zutaten:
Erstens brauchen sie die **Meisterschaft klinischer Fähigkeiten** wie die der Anamnese und der Erhebung körperlicher Befunde, ohne die sie weder mit EbM anfangen (indem sie die richtige klinisch führende Diagnose stellen) noch sie zum Abschluß führen können (indem sie valide, wichtige Erkenntnisse mit den Vorstellungen ihres Patienten in Einklang bringen können).



„**Zweitens** müssen sie die Praxis des **kontinuierlichen, lebenslangen und selbstbestimmten Lernens** hinzufügen, ohne die ihr Tun schnellstens auf gefährliche Weise veraltet.
Drittens sollten sie die **Demut** pflegen, ohne die sie immun gegenüber ihrer persönlichen Weiterentwicklung und gegenüber dem wissenschaftlichen Fortschritt werden.
Und **Letztens** legen wir ihnen inständig nahe, **Enthusiasmus und Respektlosigkeit** zu ihrem Engagement hinzuzufügen, ohne den sie die ganze Freude verpassen, die sie mit EbM erleben werden.

David Sackett, Vorwort Evidence-based Medicine, Edinburgh 2000



„Skills,
Knowledge,
Attitude...“



Vom Verfahren „EbM“ und
vom Produkt „Leitlinie“ zum Anwender „Arzt“

„By and large, I think it can be said that the practitioner has a different view of his work than the theoretician or investigator.

First, the aim of the practitioner is not knowledge but **action**. Successful action is preferred, but action with very little chance for success is to be preferred over no action at all.

Second, the practitioner is likely to have **to believe in what he is doing** in order to practice - to believe that what he does does good rather than harm. He himself is a placebo reactor who is developing faith in his remedies.



Vom Verfahren „EbM“, vom Produkt „Leitlinie“ zum Anwender „Arzt“

„Third, the practitioner is a fairly crude **pragmatist**. He is prone to rely on apparent „results“ rather than on theory.
Fourth, the clinician is prone in time to trust his own accumulation of **first hand personal experience**.
Finally, the practitioner is very prone to emphasize the idea of **„indeterminacy or uncertainty“**. It does provide the practitioner with a psychological ground from which to justify his pragmatic emphasis on firsthand experience“.

Eliot Freidson, The Profession of Medicine, 1988



Fehlsteuernde Anreize

Angst

die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist aktionsgetrieben, um Leid und Schmerz abzuwenden (konkret im Schmerzanfall genauso wie unkonkret beim Screening)

„Don't stand there. Do something!“

Eugen Bleuler, 1919:

Zuerst das **brennende Verlangen des Kranken**, daß ihm Hilfe zuteil werde, und der **Trieb des Arztes, ihm zu helfen**. Dieses Bestreben beruht auf einem allgemeinen menschlichen Instinkt.

Auch in der Medizin ist der Trieb zu helfen noch zu prompt und ungehemmt. ... Man hat immer noch zu sehr den Trieb „etwas“ gegen die Krankheit zu tun, statt der Überlegung „wie“ kann ich helfen.

Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung Eugen Bleuler, 1919 Springer Verlag

Fehlsteuernde Anreize

Erwartungshaltung des Patienten

„die beste Versorgung. Für mich. Jetzt und hier!“

„a G'sunder hat viele Wünsch. A Kranker bloß oin“

Rituelle Medizin

beiderseitige positive Erwartungshaltung

„liaison dangereuse“ zwischen Arzt und Patient

Steuerung der Erwartungshaltung!?

„Don't do something. Stand there!“

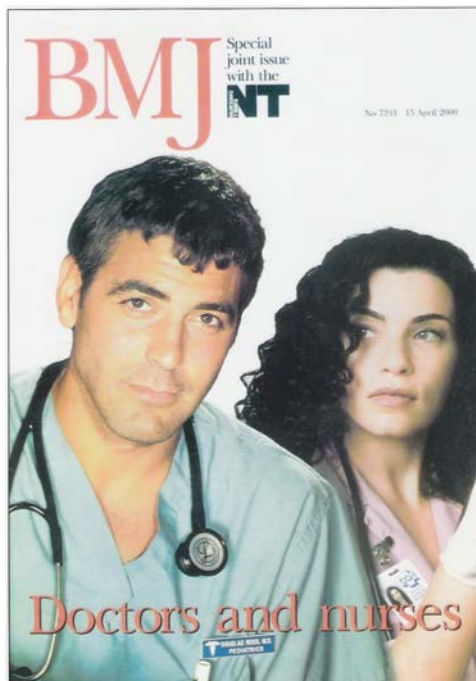
(Doust, DelMar BMJ 2004;328:474-5)



Fehlsteuernde Anreize

Rollenerwartung durch Patient und Gesellschaft:

Vom Helfersyndrom und Heldentum





Der ärztliche Heldentyp:

Ferdinand Sauerbruch:

**"...das ist der ganze Forßmann, schwankend und unentschlossen, jeder Zoll ein Internist! Für einen richtigen Chirurgen gibt es nur eins:
Operieren, operieren, operieren!"**



**Über K. H. Bauer
ehem. Ordinarius für Chirurgie,
Uni Heidelberg:**

"Er war eine Kämpfernautur und nach Erreichen eines gesteckten Zieles war seine Freude unverkennbar.."

"In einer chirurgischen Klinik ist eine straffe Führung von Nöten, da jeder, der sich nicht an die ungeschriebenen Gesetze hält, den Ablauf stört und nicht im Sinne der Patienten handelt."

aus den Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie



Fehlsteuernde Anreize

Vorbilder, „role models“

„calm, caring and competent“!

oder

„Kämpfernatur“?



Fehlsteuernde Anreize

Macht

„trust me! I'm a doctor“

Macht korrumpiert.
Absolute Macht korrumpiert absolut.

„Dr. Shipman was a wonderful and caring physician. Until he killed my father“



Dealing with problem doctors: The Bristol Case

Zwei Kinderherzchirurgen mit jahrelang zehnfach höherer Mortalitätsrate in der englischen Stadt Bristol 1984 - 1995

„lack of leadership and teamwork“

„no agreed means of assessing the quality of care“

„there was a ‚club culture‘; an imbalance of power, with too much control in the hands of a few individuals“

„an account in which children were not a priority“

„hospital care which was poorly organised“

www.bristol-inquiry.org.uk



**"Wenn der Chef Autist wird ...
geht meist auch die Firma pleite":**

Ein Münchner Psychologenteam analysierte Managementfehler

"... sind die Folgen von Sorglosigkeit, Selbstüberschätzung
und fehlender kritischer Selbstreflexion im Topmanagement.
Hinzu kommen meist noch Fehler bei der Mitarbeiterführung.

...weisen die klassischen Mängel auf: wenig Transparenz über
Zuständigkeiten, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, unklare
Zielvorstellungen und Zielvereinbarungen, geringe Wertschätzung der
Mitarbeiter. Partizipation und Delegation von Entscheidungen finden
kaum statt, Kommunikation und Information kommen zu kurz."

D. Frey, Uni München



The Clinical Mentality

- Im Zweifelsfall wird gehandelt, wie auch immer der Stand des Wissens ist
- Eigene Erfahrung und Bauchgefühl sind alles, Wissenschaft und allgemeine Regeln gar nichts
- So lange alles gut geht (dankbare Patienten!), lässt er sich durch statistische oder andere abstrakte Erwägungen nicht beirren
- Isolation, Individualismus, Partikularismus



Fehlsteuernde Anreize

Manipulation

durch Sprache (Risikoreduktion vs. NNT/NNH)

durch biases (publication bias)

durch Korruption (Wissenschaftsbetrug)



Einflussnahme Dritter auf die ärztliche Fortbildung

„Im Inhaltsverzeichnis der August-Ausgabe der **Zeitschrift für Allgemeinmedizin** (die erst am 10. September ausgeliefert wurde) wird ein Artikel über **Protonenpumpeninhibitoren** angekündigt, der auf den angegebenen Seiten gar nicht erscheint.

Der Grund für diesen eigentümlichen "Fehler" ist, dass der **Thieme-Verlag** die bereits fertig gedruckte August-Ausgabe der Zeitschrift kurzerhand eingestampft hat, weil er **Verluste im Anzeigengeschäft mit der pharmazeutischen Industrie befürchtete**. Bei der Herstellung der "neuen" Ausgabe hat er sich dann durch fehlende Sorgfalt selbst ein Bein gestellt: Die Inhaltsangabe blieb unangetastet, der Artikel aber verschwand“.

Prof. Dr. Kochen, Präsident der DEGAM, 18. September 2006 (sic!)



Bandolier

"Evidence based thinking about health care"

www.ebandolier.com

"the world's best clinical epidemiological homepage, because its the only humorous one..."



Fehlsteuernde Anreize

Geld

derjenige Arzt verdient (in D) das meiste Geld, der den Patienten am wenigsten sieht

„Handwerkergebührenordnung“

Budgets

„Pay for Performance“

Diagnosis related groups

Renditeinteresse der Pharmaindustrie!!



Fehlsteuernde Anreize

Administration

bspw. durch „Richtlinien“ statt „Leitlinien“

Ausschluss medizinischer Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenkassen (im Gegensatz zu privaten Krankenversicherungen)

...



Conclusio

Wir müssen die Frage genauer klären, **was den Arzt bei seiner Entscheidungsfindung unterstützt und was ihn von der richtigen Entscheidung abhält.** (u. a. „Professionalismusdebatte“)

Wir müssen Wege finden, die **Souveränität des Arztes** zu **stärken**, damit Selbstreflexion möglich wird und Eigenmotivation erhalten bleibt.



Conclusio

Wir müssen klären, wer das Gesundheitswesen resp. den Arzt führt/führen soll:

Clinical Guidance/Leadership durch Institutionen, Menschen und Verfahren:

Evidenzbasierte Medizin führt inhaltlich

Qualitätsmanagement führt prozessual im Guten

Risk Management/Patient Safety „im Unguten“



Conclusio

Wir müssen, wer das Gesundheitswesen resp. den Arzt führt:

z. B. „Guidelines International Network“



An dieser Stelle herzlichen Dank an alle GIN-Aktive!



Conclusio

Wir müssen uns mit der

„Psychologie des Gesundheitswesens“

befassen (Gerd Gigerenzer).

Die wichtigsten Trigger im ärztlichen Verhalten sind emotionaler Natur und nur bedingt durch rationale Gegensteuerung beeinflussbar

(„getting to the hearts of the doctors“ Colin Feek, Ministry of Health, NZ)



Conclusio

Wenn wir den Arzt nicht nur rational, sondern auch emotional „fit“ gemacht haben, erreichen wir eventuell einen neuen Zustand von

„Mehr Arzt und weniger Medizin“



Herzlichen Dank!

g.jonitz@aekb.de

