

Wissen schafft Praxis schafft Wissen



In Österreich wurde am 1. Januar ein organisiertes Brustkrebscreeningprogramm eingeführt – in Zeiten, wo international der Sinn der Früherkennung durch Mammografie bereits wieder mit Nachdruck in Frage gestellt wird.

Und die Wogen gehen hoch in Österreich – wozu es im Lande des „nur kane Well'n“ schon einiges braucht. Nicht aufgrund der Faktenlage hinsichtlich

potenzieller Mortalitätssenkung bzw. möglicher Schäden z.B. durch Übertherapie infolge von Überdiagnosen, sondern aufgrund der Befürchtung, es würden weniger Frauen zur Mammografie gehen und die Tode an Brustkrebs in der Folge zunehmen. Die problematische Datenlage spiegelt sich in der Diskussion nicht einmal in Ansätzen. Im Grunde wird hier deutlich, was in vielen anderen unserer Arbeitsgebiete ebenso Thema ist: der Konflikt zwischen am Patienten „erlebter“ Medizin und objektivierte, an einem Kollektiv erhobene Daten. Eine Frau, die nach Früherkennung durch Mammografie ihren Brustkrebs überlebt, wird als durch die Mammografie gerettet wahrgenommen und, noch wichtiger: Der Brustkrebstod einer Frau, die nicht gescreent wurde, wird auf die fehlende Früherkennung zurückgeführt, obwohl beides einer rationalen Analyse der Wahrscheinlichkeiten in keiner Weise standhält.

Wir behandeln mittlerweile in weiten Bereichen prospektiv. Wir behandeln Risiken und Dispositionen mit Medikamenten, wir greifen in die Lebensführung von Patienten ein, aufgrund von Daten, die an Kollektiven gewonnen wurden. Ob der konkrete Patient der gerade in der Praxis sitzt, profitieren wird oder nicht, lässt sich nicht einmal bei Interventionen mit guter Evidenz mit Sicherheit vorhersagen, sondern nur mit kleinerer oder größerer Wahrscheinlichkeit.

Das ist Neuland und erfordert neue Fähigkeiten. Der Umgang mit Kollektiven und Wahrscheinlichkeiten wurde von traditionell ausgebildeten Ärzten nicht erlernt, noch wird er gemocht. Statistik ist unsinnlich, unintuitiv und mühsam, daher unbeliebt – wir „praktischen“ Ärzte arbeiten oft und mit Freude mit unseren Sinnen, mit Gefühl, Geruch, Gespür und mit den Augen: Wir sind „Muster-Erkenner“. Wir beziehen unseren Lohn und einen guten Teil unserer Berufszufriedenheit aus der unmittelbaren „Erfahrung“ einer Besserung auf eine

Maßnahme, aus der erfolgreichen Abwendung von Gefahren und aus der gelingenden Beziehung.

Erwerb von „Erfahrungen“ mit prospektiv orientierten Interventionen ist aufgrund der jahre- bis jahrzehntelangen Latenz aber nicht möglich, und die Fähigkeit zum Erkennen von Mustern kann bei der Entscheidung, welcher Patient von einer präventiven Maßnahme profitieren können wird, nicht helfen – ein Maß an Unsicherheit, das mit unserem hohen Verantwortungsgefühl schlecht zusammengeht, das uns in die trügerische Sicherheit des scheinbar Naheliegenden lockt und zur voreiligen Konstruktion von Kausalität verleitet: Die Teilnahme der Patientin am Screening erzeugt ein Gefühl der Sicherheit beim Arzt; der mögliche, statistisch wahrscheinliche Schaden wird ausgeblendet, da er sinnlich nicht erfahrbar ist, nicht einmal retrospektiv: Auch eine übertherapierte Frau wird als gerettet erlebt.

Um nicht zu scheitern, sind neue, vielgestaltige Formen ärztlicher Expertise nötig: Der Umgang mit Statistik, mit Wahrscheinlichkeiten und Ungewissheiten, mit Risiken, mit prospektivem Denken und Handeln, die Fähigkeit, am Kollektiv gewonnene Erkenntnisse in die komplexe Wirklichkeit des individuellen Patienten zu übertragen, seine Lebenskonzepte zu erfahren und zu respektieren, mit unserer ärztlichen Wahrnehmung zusammenzubringen, und mithilfe einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung der Gesundheit zuträglich zu gestalten. Wenn das gelingt, dann ist es Allgemeinmedizin vom Feinsten.

Die Grundlagen liefert vor allen anderen die spezifisch allgemeinmedizinische Wissenschaft, z.B. in Form von an den Besonderheiten der Grundversorgung orientierten Entscheidungshilfen, Scores und anderen Übersetzungswerkzeugen, Beispiel ARRIBA – Rechner, Herzscore, Leitlinien, Empfehlungen. Aber auch mit qualitativer Forschung, die, zum Beispiel, Entscheidungsmechanismen verstehen und verändern hilft.

Entwickeln kann sich eine solch vielschichtige Expertise aber nur in Kooperation zwischen wissenschaftlicher und angewandter Allgemeinmedizin: Wissenschaft muss die Praxis erreichen, also zumindest auch dort publiziert werden, wo sie nicht akademisch verankerten Hausärzten niedrigschwellig zugänglich ist. Die Praxis muss die Institute erreichen, in Form von Forschungsfragen und von Beteiligung an Gestaltung und Durchführung von Forschungsvorhaben. Beides sind Hoffungsgebiete. Wie immer, finden Sie auch in diesem Heft der ZFA etliche interessante Beiträge dazu.

Susanne Rabady