Wissensmanagement in Gesundheitssystemen

Herbert Rebscher, Stefan Kaufmann (Hrsg.). medhochzwei, Heidelberg 2014, 77 Abbildungen, 8 Tabellen, ISBN 978-3-86216-183-6, 453 Seiten, 66,99 Euro

Gerd Gigerenzer (Berlin) und *J. A. Muir Gray* (Oxford) veröffentlichten vor zwei Jahren einen vielbeachteten Aufsatz: „Aufbruch in das Jahrhundert des Patienten". (Der Beitrag steht kostenfrei im Internet zur Verfügung: <https://www.mpib-berlin.mpg.de/sites/default/files/media/forschungsergebnis/pdf/gigerenzer_gray_aufbruch_in_das_jahrhundert_des_patienten.pdf>).

Er erschien in dem Buch „Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin" (MWV Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2013). Darin beschreiben die Autoren zwei Revolutionen im Gesundheitswesen, die zu einer Professionalisierung der Medizin geführt haben. Die erste Umwälzung begann demnach im 19. Jahrhundert. Sie bescherte den Menschen sauber(er)es Wasser, gesteigerte Hygiene, bessere Ernährung und eine Abkehr von stark gesundheitsgefährdenden Eingriffen (exzessive Aderlässe und dergleichen). Die zweite Revolution erfolgte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Sie ging einher mit gewaltigen wissenschaftlich-medizinischen Fortschritten, erweiterter Krankenversorgung und einem ausgebauten Versorgungsmanagement. Nach Ansicht von *Gigerenzer* und *Muir Gray* ist die Zeit reif für eine dritte Revolution: „Klares Wissen" soll „das 21. Jahrhundert in ein Jahrhundert des [informierten] Patienten verwandeln".

Nun hat aber die unermüdliche Arbeit von Institutionen wie dem Deutschen Cochrane Zentrum oder dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin gezeigt, dass eine vergleichbare Forderung ebenso an (Zahn-)Ärzte gerichtet werden kann, denn nicht ohne Grund hört man kontinuierlich Ermahnungen an den Berufsstand, wenn immer möglich doch bitteschön Methoden zu verwenden, deren Wirksamkeit und Nutzen für den Patienten belegt ist. Auf beiden Seiten der Injektionsnadel kommt also dem Streben um mehr Wissen und, darauf aufbauend, um wissensgestütztes Können und Handeln (*Amshoff*, S. 74) große Bedeutung zu. Hier setzt der Band der Deutsch-Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik an. In einem Interview <https://www.youtube.com/watch?v=2FJj4_E71FM> betont *Herbert Rebscher* (Hamburg), Vorstandsvorsitzender DAK Gesundheit und einer der beiden Herausgeber, dass Wissensmanagement eines der zentralen Themen in der Medizin sei, denn trotz institutioneller guter Strukturen, wie der Cochrane Collaboration und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), fände in der Versorgungswirklichkeit leitlinienorientiertes Handeln „nicht strukturiert statt, sondern oft zufällig, oft an Erfahrungen gebunden, die jeder einzelne in seiner beruflichen Sozialisation gemacht hat, aber wir haben noch keine verlässlichen Strukturen in diesem System." Konkret geht es laut *Rebscher* um die Frage: „Auf welchem Weg, mit welchen Prozessen, mit welchen Instrumenten kommt das Wissen der Medizin, das irgendwo in der Welt in guten klinischen Studien entsteht, in die Köpfe der hier in Deutschland Handelnden? Wie kriegt der Hausarzt in Pusemuckel die Information über das, was in der Welt seines Faches Neues entsteht?" Genau dies ist die Domäne des Wissensmanagements, welches unter anderem Wissensgenerierung, Wissenssuche, Wissensaufbereitung (Abb. 1) und Wissensaustausch beinhaltet (*Barbara Böttcher*, Berlin, und *Eugenia Rastorguev*).

In 25 Kapiteln setzen sich die 42 Autoren umfassend und für den Leser an vielen Stellen nutzbringend mit dem Thema auseinander. *Gerd Antes, Anette Blümle* und *Britta Lang* (Deutsches Cochrane Zentrum, Freiburg i. Br.) stellen in ihrem besonders lesenswerten Kapitel, auf das man ebenfalls kostenfrei im Internet zugreifen kann <http://www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/uploads/publikationen/Antes_Bl%C3%BCmle_Lang_MedizinischesWissen.pdf>, zunächst einmal Folgendes fest: „Die Welt erlebt seit ca. 2 Jahrzehnten einen enormen Wissenszuwachs aus Studien. Jedes Jahr kommt unter kontrollierten Bedingungen Information über Behandlungsverläufe von Millionen von Patienten hinzu, die nur in geringem Ausmaß systematisch für Behandlungsentscheidungen herangezogen werden." (S. 46). Der Grund für diese Ignoranz ist simpel: Die in klinischen Studien gewonnenen Erkenntnisse über Wirksamkeit und Risiken medizinischer Maßnahmen erreicht Patienten und (Zahn-)Ärzte entweder überhaupt nicht oder mit erheblicher Verzögerung. Dieser stockende Wissenstransfer ist zu einem großen Teil sprachlich und infrastrukturell bedingt. „Der nicht genuin englischsprachige Teil der Welt (95 % der Weltbevölkerung, Tendenz zunehmend) ist inzwischen weitgehend oder teils vollständig von der Wissensumwälzung ausgeschlossen." (S. 45). Zustände wie in Norwegen bleiben eine absolute Ausnahme: In diesem nordischen Land haben alle Bürger Zugriff auf die großen Medizinfachzeitschriften und auf die Cochrane Library, und „Ärzte und Gesundheitsfachberufe [haben] ohne Unterschied freien Zugang zu 3.000 internationalen Fachzeitschriften." (S. 47).

Hinzu kommt die Fragmentierung des Wissens auf viele Personen, Berufssparten und Organisationen. Das Problem des „verteilten Wissens" mit seinen „gravierende[n] Konsequenzen für die konkrete Gesundheitsversorgung" (S. 73) wird von *Bernhard Amshoff* (Dort-

Septanest mit Adrenalin 1/100.000 und Septanest mit Adrenalin 1/200.000. Verschreibungspflichtig.

Zusammensetzung:
Arzneilich wirksame Bestandteile: Septanest 1/100.000: 1 ml Injektionslösung enthält 40,000 mg Articainhydrochlorid, 0,018 mg Epinephrinhydrogentartrat (entsprechend 0,010 mg Epinephrin). Septanest 1/200.000: 1 ml Injektionslösung enthält 40,000 mg Articainhydrochlorid, 0,009 mg Epinephrinhydrogentartrat (entsprechend 0,005 mg Epinephrin). Sonstige Bestandteile: Natriummetabisulfit (Ph.Eur.) 0,500 mg (entsprechend 0,335 mg SO2), Natriumchlorid, Natriumedetat (Ph.Eur.), Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke.
Anwendungsgebiete: Infiltrations- und Leitungsanästhesie bei Eingriffen in der Zahnheilkunde, wie: Einzel- und Mehrfachextraktionen, Trepanationen, Apikalresektionen, Zahnfachresektionen, Pulpektomien, Abtragung von Zysten, Eingriffe am Zahnfleisch.
Hinweis: Dieses Produkt enthält keine Konservierungsstoffe vom Typ PHB-Ester und kann daher Patienten verabreicht werden, von denen bekannt ist, dass sie eine Allergie gegen PHB-Ester oder chemisch ähnliche Substanzen besitzen.

Gegenanzeigen: Septanest mit Adrenalin darf aufgrund des lokalanästhetischen Wirkstoffes Articain nicht angewendet werden bei: bekannter Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Articain und andere Lokalanästhetika vom Säureamid-Typ, schweren Störungen des Reizbildungs- oder Reizleitungssystems am Herzen (z. B. AV-Block II. und III. Grades, ausgeprägte Bradykardie), akuter dekompensierter Herzinsuffizenz (akutes Versagen der Herzleitung), schwerer Hypotonie, gleichzeitiger Behandlung mit MAO-Hemmern oder Betablockern, Kindern unter 4 Jahren, zur intravasalen Injektion (Einspritzen in ein Blutgefäß). Aufgrund des Epinephrin (Adrenalin)-Gehaltes darf Septanest mit Adrenalin auch nicht angewendet werden bei Patienten mit: schwerem oder schlecht eingestelltem Diabetes, paroxysmaler Tachykardie oder hochfrequenter absoluter Arrhythmie, schwerer Hypertonie, Kammerwinkelglaukom, Hyperthyreose, Phäochromozytom, sowie bei Anästhesien im Endbereich des Kapillarkreislaufes.
Warnhinweis: Das Arzneimittel darf nicht bei Personen mit einer Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Sulfit sowie Personen mit schwerem Asthma bronchiale angewendet werden. Bei diesen Personen kann Septanest mit Adrenalin akute allergische Reaktionen mit anaphylaktiscen Symptomen wie Bronchialspasmus auslösen. Das Arzneimittel darf nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden bei: Nieren- und Leberinsuffizienz (im Hinblick auf den Metabolisierungs- und Ausscheidungsmechanismus), Angina pectoris, Arteriosklerose, Störungen der Blutgerinnung. Das Produkt soll in der Schwangerschaft und Stillzeit nur nach strenger Nutzen-Risiko-Abwägung eingesetzt werden, da keine ausreichenden Erfahrungen mit der Anwendung bei Schwangeren vorliegen und nicht bekannt ist, ob die Wirkstoffe in die Muttermilch übergehen.
Nebenwirkungen: Toxische Reaktionen (durch anomal hohe Konzentration des Lokalanästhetikums im Blut) können entweder sofort durch unbeabsichtigte intravaskuläre Injektion oder verzögert durch echte Überdosierung nach Injektion einer zu hohen Menge der Lösung des Anästhetikums auftreten. Unerwünschte verstärkte Wirkungen und toxische Reaktionen können auch durch Injektion in besonders stark durchblutetes Gewebe eintreten. Zu beobachten sind: Zentralnervöse Symptome: Nervosität, Unruhe, Gähnen, Zittern, Angstzustände, Augenzittern, Sprachstörungen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Ohrensausen, Schwindel, tonisch-klonische Krämpfe, Bewusstlosigkeit, Koma. Sobald diese Anzeichen auftreten, müssen rasch korrektive Maßnahmen erfolgen, um eine eventuelle Verschlimmerung zu vermeiden. Respiratorische Symptome: erst hohe, dann niedrige Atemfrequenz, die zu einem Atemstillstand führen kann. Kardiovakuläre Symptome: Senkung der Kontraktionskraft des Herzmuskels, Senkung der Herzleistung und Abfall des Blutdrucks, ventrikuläre Rhythmusstörungen, pektanginöse Beschwerden, Möglichkeit der Ausbildung eines Schocks, Blässe (Cyanose), Kammerflimmern, Herzstillstand. Selten kommt es zu allergischen Reaktionen gegenüber Articain, Parästhesie, Dysästhesie, Hypästhesie und Störung des Geschmacksempfindens. Besondere Hinweise: Aufgrund des Gehaltes an Sulfit kann es im Einzelfall insbesondere bei Bronchialasthmatikern zu Überempfindlichkeitsreaktionen kommen, die sich als Erbrechen, Durchfall, keuchende Atmung, akuter Asthmaanfall, Bewusstseinsstörung oder Schock äußern können. Bei operativer, zahnärztlicher oder großflächiger Anwendung dieses Arzneimittels muss vom Zahnarzt entschieden werden, ob der Patient aktiv am Straßenverkehr teilnehmen oder Maschinen bedienen darf.
Handelsformen: Packung mit 50 Zylinderampullen zu 1,7 ml bzw. 1,0 ml Injektionslösung (Septanest 1/100.000 oder 1/200.000) im Blister.
Pharmazeutischer Unternehmer: Septodont GmbH, 53859 Niederkassel.
Stand: 06/2008. Gekürzte Angaben – Vollständige Informationen siehe Fach- bzw. Gebrauchsinformation.

WUSSTEN SIE SCHON?

DIE MARKE SEPTANEST[1] GENIESST WELTWEIT DAS MEISTE VERTRAUEN[2] ...

- Septodont ist mit einer Produktion von 500 Millionen Zylinderampullen jährlich – mit einem maßgeblichen Anteil Septanest – Weltmarktführer in der Schmerzkontrolle.
- Jede Sekunde werden weltweit 4 Injektionen mit Septanest verabreicht.
- Septanest ist weltweit in 70 Ländern durch die jeweiligen Gesundheitsbehörden zugelassen.[2]

... DANK UNSERES EINSATZES FÜR HÖCHSTE QUALITÄT

- Diese weltweite Zulassung von Septanest steht für die konsequente Einhaltung höchster Qualitätsstandards, z. B. des BfArMs, der FDA.
- Zusätzlich zu den übrigen 27 dokumentierten Qualitätskontrollen wird jede einzelne Zylinderampulle vor der Freigabe nochmals visuell überprüft.
- Die Septanest Herstellung schließt eine terminale Sterilisation der Zylinderampulle ein. Dieser Sterilisationsprozess erfüllt die höchsten Sterilitätsanforderungen und entspricht dem Goldstandard der Gesundheitsbehörden.
- Septanest ist 100 % latexfrei und kommt während des gesamten Herstellungsprozesses nie mit Latex in Berührung.

NUTZEN SIE SEPTANEST ZUM VORTEILSPREIS!
Wenden Sie sich an Ihren Dentalhandelspartner oder direkt an uns:
Tel. 02 28/9 71 26-0
info@septodont.de

[1] von allen injizierbaren dentalen Lokalanästhetika
[2] Septanest ist in einigen Ländern auch unter dem Namen Septocaine®, Medicaine® oder Deltazine® erhältlich

septodont

Septodont GmbH · www.septodont.de

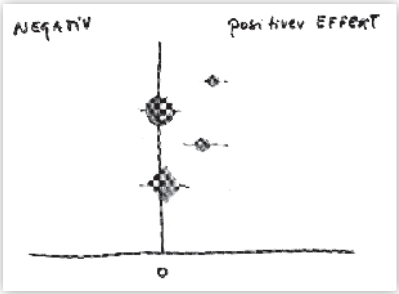

Abbildung 1 Unkonventionelle, aber sympathische Darstellung eines von *Johann Steurer*, Leiter des Horten-Zentrum für praktisch orientierte Forschung und Wissenstransfer, Universitätsspital Zürich, gezeichneten Forest Plots. (S. 283 aus dem besprochenen Buch.)

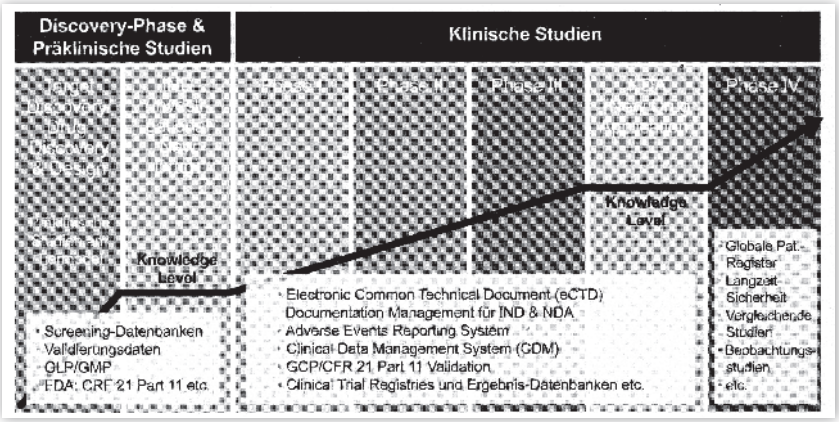

Abbildung 2 Beispiel einer Abbildung, die ohne spezielles Fachwissen zu einem nicht unerheblichen Teil unverständlich bleibt. (S. 340 aus dem besprochenen Band.)

mund) genauer beleuchtet. Die vom Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch V §2 (1) ausgesprochene Forderung, dass bei der Patientenbehandlung „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen [...] dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ haben, ist im Einzelfall jedenfalls oft „nur bedingt umsetzbar oder wird nur sehr langsam umgesetzt“ (S. 233). *Johannes Thormählen* (Düsseldorf) liefert für diesen Sachverhalt drei Erklärungen: (1) Die gewaltige, stetig zunehmende Informationsmenge – „ein immer schnelleres Trommelfeuer neuer Studienergebnisse“ (S. 45); (2) die methodischen Schwächen eines Großteils der vorhandenen Studienartikel; (3) die enorme Bandbreite „der physischen und psychischen Konstitution“ der Patienten. Fakt ist, dass Mediziner und Krankenkassen „mit einem buchstäblich unüberschaubaren Informationsangebot konfrontiert [sind], das teils auf nachprüfbaren Fakten basiert, teils auf der interessengeleiteten Auswahl und Interpretation von Daten, teils auf Behauptungen und Überzeugungen.“ (S. 226). Es wird geschätzt, dass nur 4 bis 20 Prozent der medizinischen Leistungen auf hohem Evidenzniveau stehen. Umso wichtiger sind daher die zeitnahe Bekanntmachung des jeweils aktuellen Stands der medizinwissenschaftlichen Erkenntnisse (z.B. in Form von Leitlinien oder systematischen Übersichten) sowie die kontinuierliche Förderung methodisch hochwertiger klinischer Forschung.

Bei Fragen zur therapeutischen Wirksamkeit kommt randomisierten kontrollierten klinischen Studien bekanntermaßen der Status eines Goldstandards zu (Studienziel: Nachweis der maximalen Wirksamkeit unter Idealbedingungen; engl.: *efficacy*). *Rebscher* stellt in seinem Beitrag die wichtigsten Unterschiede zu nicht-interventionellen Studien heraus (Beobachtungsstudien; Studienziel: Wirksamkeit im Alltag; engl.: *effectiveness*). Dass man Erkenntnisgewinn auf hohem Niveau nur über kontrollierte Untersuchungen gewinnen kann, war übrigens schon vor 400 Jahren bekannt. Der flämische Arzt, Alchemist und Chemiker *Jean Baptista van Helmont* (1580–1644) formulierte einst: „Lasst uns aus Krankenanstalten, aus Lagern, 200 oder 500 arme Leute nehmen, die Fieber und Pleuraergüsse haben. Lasst uns Lose ziehen und sie in zwei Hälften teilen. Eine Hälfte werde ich mit meinen Mitteln behandeln, die andere Hälfte Ihr; und dann lasst uns die Begräbnisse zählen.“ (zitiert von *Rebscher*, S. 3, im Deutschen wahrscheinlich erstmals im Juli 2010 von *Peter Sawicki*, dem damaligen Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): <https://www.yumpu.com/de/document/view/12810124/vortrag-prof-dr-peter-t-sawicki-pdf-54-barmer-gek>). Damit man aber nicht vergisst, dass man heute zusätzliche Punkte zu beachten hat, endet das Buch mit der aktuellen Version der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes (deutsche Fassung vom Oktober 2013), die unzweideutige Vorgaben zur klinischen Forschung liefert.

„Wo viel Licht ist, ist starker Schatten“ (*Goethe*, „Götz von Berlichingen“, 1773): Ein Ablöscher und zugleich heißer Kandidat für den „Sprachpanscher des Jahres“ ist das Kapitel „Wie Knowledge Management die Pharmaindustrie revolutioniert“ (S. 337–350). In dem Beitrag, der auch als – freilich missratener – Versuch gelten kann, *en passant* Öffentlichkeitsarbeit für ein weltumspannendes Basler Biotechnologie- und Pharmaunternehmen zu machen, taucht der Begriff „Wissensmanagement“ erst gar nicht auf. Warum auch? Das englische „Knowledge Management“ ist viel weltläufiger, und so kommt es, alternativlos, in den 11 Kapitelseiten glatte 35mal vor. Den Duft der großen weiten Welt vermitteln zudem Dutzende – ausnahmslos entbehrliche – Anglizismen. Beispiele gefällig? „Kultur und Services“, „Handling elektronischer Daten“, „R&D-Output“ [„R&D“: „Research and Development“, also „Forschung und Entwicklung“], „ein Key Driver“, „Change-Management-Aktivitäten“, „Face-to-Face-Interaktion“, „Co-Location“, „themenspezifische Alerts“, „unternehmensübergreifendes Knowledge Sharing“, „Bücher oder Market Reports“, „Daten-Sharing“, dazu das historisch belastete Wort „Blockbuster“. Und in bestem *Jil-Sander*-Denglisch dieser Satz: „Diese Mitarbeiter – darunter Scientific Information Specialists, Knowledge Analysts, Business Analysts for Knowledge Management und Knowledge Engineers – bedienen alle

Novartis-Mitarbeiter weltweit.“ (S. 344–345). Eingeschränkt bis nicht brauchbar schließlich sind für gewöhnliche Leser die beiden Grafiken. Ist die erste noch in einem eigenartigen deutsch-englischen Mischmasch gestaltet (Abb. 2), so wurde die zweite gleich im englischen Original wiedergegeben (auch Autoren anderer Kapitel verfuhren teilweise so, was dem Buch insgesamt nicht gut tut), wobei die englischen Begriffe für Außenstehende meist inhaltsleere Worthülsen bleiben. Es wäre die Aufgabe der Herausgeber gewesen, (nicht nur) hier zu intervenieren. Sie hätten sich ferner um ein Stichwortverzeichnis bemühen müssen. Sein Fehlen verunmöglicht eine gezielte Suche nach Lemmata und schmälert die Brauchbarkeit des Buchs. Aber wenigstens belegt der Band, dass das Thema Wissensmanagement nun auch in das Gesundheitssystem eindringt. Seinem erklärten Ziel, Denkanstöße zu geben, kommt er nach, der von Leser stillschweigend erwarteten Rolle als praktischer Leitfaden für praktisches Umgehen mit Wissen dagegen nicht. Dies ist daher ein Desiderat für künftige Bände. Zumindest in Universitätsbibliotheken sollte „Wissensmanagement in Gesundheitssystemen“ verfügbar sein. DZZ

Prof. Dr. *Jens C. Türp*, Basel

Die Dentalkamera,
die scharf auf Zähne ist!

EyeSpecial C-II

So einfach, so sicher, so überzeugend

Einfach fotografieren, sicher mit detailscharfen Bildern brillieren und überzeugend argumentieren:

Mit der EyeSpecial C-II Digitalkamera lassen sich Zähne jederzeit und von jedem optimal in Szene setzen.

Ob Routine-, Risiko- oder KfO-Patient, zur Intraoralfotografie oder Dokumentation – eine Kamera für alle Fälle!

SHOFU®

www.shofu.de