

60-Jahrfeier der GMDS am 28.10.2015

Die ersten Dekaden der GMDS - ein humorvoller Rückblick

H.K. Selbmann, Tübingen

Als mich Herr Schmücker und Herr Mansmann vor einiger Zeit anriefen mit der Frage, ob ich heute nicht etwas Humorvolles aus der Jugend der GMDS berichten würde, habe ich gestutzt: 1. weil ich annahm, dass es Ältere gibt, die das zudem profunder tun könnten und 2. weil man ja über Humor trefflich streiten kann.

Ich habe dann doch zugesagt, weil ich unsere GMDS-Spitze bei ihrer Idee unterstützen wollte, einmal an die Jugend der GMDS zu erinnern. Wie hat es Peter Hahne so schön knapp formuliert: „Ohne Herkunft keine Zukunft“ oder wie die Qualitätsmanager sagen „Wenn man wissen will, wohin die Reise geht, muss man wissen, woher man kommt und wo man steht“. Im Übrigen unterscheiden sich gestandene, organisch gewachsene Fachgesellschaften von ihren umtriebigen Derivativen durch ihr Geschichtsbewusstsein.

Als ich mich auf heute vorbereitet habe, war ich mit dem Hauptproblem jeden Rückblicks konfrontiert: Wen und welches Ereignis sollte man erwähnen und wen und welches nicht? Es ist eine persönliche Auswahl geworden ohne Anspruch auf Perfektion.

Die ersten 30 Jahre der GMDS, gegliedert nach ihrem Fächerkanon

Mechanisierte Dokumentation

Die Quellen unseres Faches liegen in der Medizinalstatistik (denken Sie an Johann Peter Süßmilch, der dem Alten Fritz seine Mortalitätsstatistiken erstellte) und in der Dokumentation des medizinischen Geschehens, Dokumentation aber nicht als *l'art pour l'art* sondern als Mittel zum Zweck, wobei sich hinter dem Dokumentieren in der Regel auch ein zielgerichtetes Messen versteckt. Beispiel: Um eine Nutzenbewertung neuer Arzneimittel durchführen zu können, muss man den Nutzen messen können und ihn dokumentiert haben.

Dass Prof. Hans Hosemann, Gynäkologe aus Göttingen 1950 sein Buch „*Das Lochkartensystem und einige wichtige statistische Resultate auf gynäkologisch-geburtshilflichem Gebiet*“ veröffentlichte, liegt nicht zufällig ein Jahr vor der Gründung der „Untergruppe Medizin“ in der Deutschen Gesellschaft für Dokumentation (DGD). Die von ihr verfolgte „mechanisierte Dokumentation“ kann man guten Gewissens als den ersten methodischen Trend in unserem Fächerkanon bezeichnen.

1956 – also vor 59 Jahren - fand die erste Arbeitstagung des Vorgängers der GMDS – damals wurde auf den Jahrestagungen noch gearbeitet - unter dem Titel „Lochkarten und Randlochkarten im klinischen Gebrauch“ unter eben diesem Prof. Hosemann in Göttingen statt. Nachdem ich neulich gelesen habe, dass junge Leute gar nicht mehr wissen, was eine

Telefonzelle ist (begehbare Smart Phone), gehe ich heute - bei diesem sachverständigen Publikum – davon aus, dass alle wissen, was Lochkarten sind (80 Spalten, 12 Reihen, Dollarscheingröße, Hollerith).

Eines der Probleme der Medizinischen Dokumentation war damals, dass man mit ihr allein akademisch nicht überall reusieren konnte. Unsere Pioniere hatten eher den Ruf von Fachärzten für Schriftverkehr – übrigens auch später noch. Wahrscheinlich ist es ein Gerücht, dass jemand über die Rolle des Lochkartenüberlochs in der Medizin promoviert hat – die 13. Jahrestagung der GMDS hatte zumindest eine ganze Sitzung dazu. Jedoch, so ganz abwegig ist das nicht. Ich habe unter meinen Publikationen eine Arbeit gefunden („Nutzungsbilanz moderner Informationssysteme aus Anwendersicht“, gedruckt 1988), in der es u.a. um den Informationstransport per Fax ging. Wussten Sie – nebenbei - dass die meisten Arztpraxen auch heute noch über Fax kommunizieren?

Die Gründung der beiden Schulen für Medizinische Dokumentationsassistenten bzw. und Medizinische Dokumentare in Ulm (Überla und Gaus) und in Gießen (Dudeck und Friedrich) 1969 bzw. 1971 war eine geniale Idee, die medizinische Dokumentation personell zu verstärken, auch wenn die Ausbildung in Datenverarbeitungstechnologie damals noch darin bestand, den Schülerinnen und Schülern das Funktionieren einer Curta oder einer in Assembler programmierbaren Olivetti nahezu bringen.

Im Zusammenhang mit der mechanisierten Dokumentation sind die beiden dominierenden GMDS-Präsidenten der ersten Jahre zu erwähnen – 17 Jahre haben sie insgesamt regiert, der eine von Bielefeld (IDIS) und der andere von Heidelberg (DKFZ) aus. Wir haben sie beide später immer wieder als Teilnehmer auf den Jahrestagungen der GMDS erlebt, Otto Nacke mit streng gescheiteltem weißen Haar, dessen Steckenpferd später die Scientometrie wurde, und Gustav Wagner, dessen Anwesenheit man an seinem lauten Lachen festmachen konnte, noch bevor man ihn gesehen hatte.

Kommen wir zum nächsten Fach der GMDS, der Medizinischen Informatik.

Die ging nach meiner Wahrnehmung in der GMDS erst richtig los, als Peter Leo Reichertz 1969 aus den USA nach Hannover kam, um dort die Abteilung für Medizinische Computerwissenschaften und das *Medizinische System Hannover* (MSH) aufzubauen.

Ich kann mich noch erinnern, dass Anfang der siebziger Jahre viele nach Hannover pilgerten, um das von Peter Reichertz Geschaffene zu bewundern – wir jungen Assistenten aus dem Süden durften nicht mit. Man erzählte uns nachher, dass die Großrechnerschränke (IBM 367, Carl Theo Ehlers bekam 2 Jahre später ein noch größeres Model IBM 370) flackerten, obwohl noch nicht scharf gestellt – also ohne Patienten – und Peter Reichertz bei Störungen von Konsole zu Konsole sprang, um das Flackern am Laufen zu halten.

Es nimmt nicht Wunder, dass solche Impulse 1971 dann auch Anlass für das Thema der 16. Jahrestagung der GMDS war: Integrierte Krankenhausinformationssysteme – Erstrebtes und Erreichtes (was für ein Titel!). Es war meine erste GMDS-Jahrestagung und eine große Enttäuschung: viel zu viel Willenserklärungen und weißer Schaum. Dennoch die Etablierung

der Medizinischen Informatik war unaufhaltsam. Da waren die Hersteller der elektronischen Datenverarbeitungsanlagen(wie das klingt) - nicht ganz schuldlos. Wir mussten beispielsweise später über mehrere Jahre hinweg ca. 15-20% unseres Personals zu Lasten der Forschung und Entwicklung darauf verwenden, um mit der Entwicklung von Soft- und Hardware Schritt zu halten.

Als Peter Leo Reichertz 1975 zum 8. GMDS-Präsidenten gewählt wurde, war es für uns Assistenten klar: jetzt geht es an die Änderung des Namens der GMDS. Unklar war uns nur, wie die Medizin-Informatik im Namen und dem Akronym „GMDS“ Platz finden sollte. Die Lösung kennen Sie. Sie übte eine Signalwirkung auf viele spätere Namensänderungen aus.

Doch dann drohte mit der Entwicklung der Personal Computern dem Fachbereich Medizinische Informatik ein weiterer Hurrikan – nach dem eher sanften Hurrikan Peter Leo.

Während Ken Olson, der Chef von DEC, 1977 noch meinte, es gibt keinen Grund, dass jemand einen Computer zu Hause haben wollte, war Bill Gates schon weiter. Er glaubte 1981 immerhin, dass für jeden 640k genug sein sollten. Und dann kamen sie alle mit Macht auf den Markt: 1982 der Commodore 24 und 1984 der mausgesteuerte Apple Macintosh. Ich hatte in eben diesem Jahr unter meinen Berufungszusagen nach Tübingen 30.000 DM reserviert für eine IBM 150, dessen Touchscreen über ein Gitter infraroter Lichtschranken funktionierte.

Aber auch diese Herausforderung wurde überstanden. Wir mussten u.a. damit leben, dass sich die reicheren Kliniken schnell ihre eigenen Rechner besorgten und selbst die Statistikpakete anwendeten.

Damit wären wir beim nächsten Fachbereich der GMDS: der medizinischen Statistik.

Darauf, dass die ersten Impulse für die medizinische Statistik aus der Medizinalstatistik kamen, hatte ich schon hingewiesen. Dass aber auch noch mehr hinter der Methode Statistik steckte – insbesondere für die Gewinnung von Erkenntnissen – hatte der Wissenschaftsrat schon früh – 1960 - festgestellt: Die Statistik und Dokumentation stellen wichtige Forschungsmethoden der medizinischen, insbesondere auch der klinischen, und zwar sowohl der therapeutischen als auch der diagnostischen Forschung dar. Zitatende.

Schon 1963 wurde in Mainz und für Siegfried Koller die erste ordentliche Professur für Medizinische Statistik und Dokumentation eingerichtet, gerade rechtzeitig um im Umfeld der Contergan-Katastrophe die erste große epidemiologische Studie „Schwangerschaftsverlauf und Kindesentwicklung“ mit ca. 15.000 Schwangeren und einem maximal 200 DIN A4-seitigem Erhebungsbogen zu planen und zu beginnen. Networking war damals schon angesagt.

Als 1970 in der Approbationsordnung (für Ärzte) unter I. Allgemeine Krankheitslehre Begriffe wie statistische Methoden, Befunddokumentation, medizinische Bibliographie auftauchten, war es um die ganz große Freiheit der Medizinischen Fakultäten geschehen. 1974 zählte Koller an 24 Medizinischen Fakultäten entsprechende Einrichtungen. Es begann die Hochzeit

der Drei Könige bzw. Professoren (sie erhielten einen Ruf, zogen sich bunte Gewänder an, verteilten die Lasten auf Tragetiere und begaben sich auf Reisen z.B. auf die GMDS-Jahrestagungen).

Und noch von einem anderen Ereignis möchte ich Ihnen kurz berichten, weil es nicht allzu häufig vorkommt. Ich habe erlebt, wie sich 1972 ein statistischer Test wie ein Lauffeuer in der medizinisch-statistischen Welt verbreitete, der LogRank-Test von Richard und Julian Peto, getreu dem Sprichwort, wenn man einen Hammer hat, sieht alles wie ein Nagel aus. Diese Einstellung habe ich auch bei mir und meinen Kollegen öfters erlebt.

Die Erwartungen an die neue Disziplin waren in den ersten 30 Jahren der GMDS hoch und sind es bis in diese Tage geblieben. Drei will ich nennen:

1. Statt nach statistisch signifikanten Unterschieden fragt die medizinische Wissenschaft nach Kausalität. So darf man z.B. aus der hohen Mortalitätsrate der hoch geschätzten Ehrenmitglieder der AWMF (16 von 21) nicht auf einen direkten ursächlichen Zusammenhang mit dem Ernennungsakt schließen. (Sir Bradford Hill als Vordenker der ätiologischen Forschung)
2. Wie kommt man von einem statistischen Gruppenvergleich auf Empfehlungen für den einzelnen Patienten? Wir Statistiker wissen, dass man trotz eines signifikanten Unterschieds zwischen zwei Gruppen nicht davon auf gehen kann, dass alle Patienten von der statistisch besseren Therapie profitieren. Sonst wäre es ja ein Determinismus. Ein Gesichtspunkt, den manche Evidenzbasierer – in Abweichung zu David Sackett, dem Guru der EbM – vergessen zu haben scheinen. Hyams hatte übrigens schon 1971 in seiner Typologie der statistischen Berater in den Biometrics auf die „Randomophilen“ hingewiesen. „Hauptsache randomisiert“. Die würden sogar, wenn sie ihre 15-jährige Tochter mit ihrem Freund im Bett fänden, rufen „Alles okay, solange du nicht rauchst.“ (bei den Zuberatenden machte er z.B. die Juwelensucher aus, die mit einem Berg von Daten und dem Auftrag nach Juwelen zu suchen, auftraten)
3. Zugegeben, eine korrekte statistische Auswertung ist wichtig, aber reicht sie aus, um das therapeutische Handeln oder die Versorgung von Populationen zu verbessern? Das wäre ja sonst wie Autofahren nur mit dem Hilfe des Rückspiegels. Hier sind beim Methodiker u.a. eine Anwendungsorientiertheit, eine Networking-Fähigkeit und eine Bereitschaft zur Felderschließung des Methodikers erforderlich.

Lassen Sie mich mit 4 Bemerkungen zum Schluss kommen:

1. Ich möchte mich zuerst bei all jenen entschuldigen, die ich nicht erwähnt habe und die in Jugend der GMDS wichtige Beiträge geleistet haben. Meine Redezeit war zu knapp.
2. Gäbe es heute noch Universalgenies wie Gottfried Wilhelm Leibniz, sie wären in unserem Fach sehr gut aufgehoben. Unser Methodenmix verbunden mit der Interdisziplinarität, den wechselnden Partnern und dem Ziel der Erweiterung des medizinischen Wissens und der Verbesserung der medizinischen Versorgung verlangt breit angelegte analytischen Fähigkeiten und einen großen Vorrat an Neugier.

3. Die ständig sich verändernden Instrumente und die Modetrends bei den Fragestellungen (zuletzt Versorgungsforschung) fordern eine hohe Veränderungsbereitschaft von der GMDS und ihren Mitgliedern. Und das ist auch gut so. Die Vorstellung, in fünf Jahren immer noch über den gleichen Themen brüten zu müssen, wäre doch unerträglich.
4. Um den Fächerkanon der DGMS bei einander zu halten und um synergetische Effekte daraus zu erzielen, müssen sich die Fächer und Fächerchen bemühen, eine gemeinsame Sprache zu sprechen. Sonst klingt der Kanon dissonant.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Im Oktober 2015