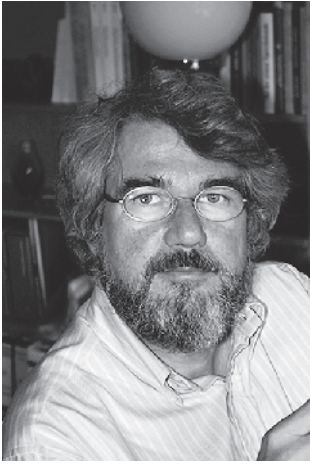


# Was ist richtige Behandlung?



Früher einmal war die richtige Behandlung eine, die man über seine Erfahrung als in der Regel zum Erfolg führend angesehen hat. Hinzu kam die Erfahrung medizinischer Autoritäten, die allein oder im Konsensus mit anderen Autoritäten zustande dargestellt wurde. Später traten auch Studienergebnisse hinzu. Alles fand sich in Lehrbüchern oder Behandlungsempfehlungen.

Die Erfahrung, die man bei der Behandlung bestimmter Erkrankungen oder Beschwerden als behandelnder Arzt gemacht hat, ist bei vielen Fragestellungen heute in den Hintergrund allein schon deswegen getreten, weil Erfahrung trügerisch sein kann – wie wir aus Studien mit diskrepanten Ergebnissen zu unserer Erfahrung immer wieder sehen müssen. Zudem sind die Zielsetzungen, also das, was man mit Behandlung erreichen will, heutzutage oft auf so seltene Ereignisse bezogen bzw. sind es gar noch Ereignisse, die in mehreren Jahren erst auftreten – oder eben nicht auftreten –, dass dies mit Erfahrungen nicht mehr fassbar ist.

Erfahrung, biologische Plausibilität bzw. pathophysiologische Erklärungsmodelle treten damit faktisch zunehmend in den Hintergrund, wenn es um die „richtige Behandlung“ geht.

Nun ist aber der Prozess der Extraktion einer „richtigen Behandlung“ aus Studien weitaus weniger eindeutig, als man auf den ersten Blick meinen mag. Die Experten des Themas verweisen dann häufig auf die Behandlungsempfehlungen, die über gute randomisierte Studien, möglichst doppelverblindete, zustande gekommen sind. Dies ist in der Logik auch richtig so, nur kommt man in folgende Situation: Für einen eher kleinen Teil aller relevanten Behandlungsfragen gibt es überhaupt derartige Studien. Und wenn solche vorliegen, so basieren sie häufig auf unterschiedlichen Kollektiven in den jeweiligen Studien, sodass die Studienergebnisse nicht immer einheitlich sind.

Aber es gibt noch ein anderes Problem: Wenn Studien nur für bestimmte Therapieziele, z. B. die Beeinflussung eines Blutdruckes bis zu einem bestimmten Bereich der Senkung, durchgeführt wurden, dann bleibt die Frage offen, was für den nicht untersuchten Bereich, also z. B. für noch niedrigere Blutdruckwerte zu gelten hat – wissen wir doch, dass das Risiko ab einem

bestimmten Wert aufwärts stetig steigt. Damit wird doch plausibel, dass jede weitere Senkung über diejenige hinaus, welche in einer Studie erfolgte, auch eine Verbesserung des Risikos beinhalten müsste. Allerdings gilt eine erhebliche Einschränkung: Die Nebenwirkungen der Behandlung könnten ab irgendeinem Punkt größer als der Erfolg sein, sie könnten sogar ab einem bestimmten Behandlungsbereich zunehmen. Damit ist klar: Hierfür brauchte man eigentlich Studien, um die „richtige Behandlung“ kennenzulernen.

Nur wenn es diese Studien nicht gibt, soll man dann auf die Studien warten, zumindest keinerlei Empfehlung abgeben? Oder soll man sich auf Studien geringerer Qualität auch verlassen, z. B. solchen, die Untergruppenauswertungen vorgenommen haben? Die Gruppe von Patienten einer Studie, die mit Blutdrucksenkungen unterhalb des erreichten Mittelwertes der Gesamtgruppe unter einer Therapie ankam, mag ein geringeres Risiko für Folgeerkrankungen des Hochdrucks haben. Nur sind solche Untergruppen-Auswertungen nicht so zuverlässig – selbst wenn sie im Einklang mit dem stehen, was epidemiologisch zu erwarten ist. Dies alles ist zudem immer noch bei gleichzeitiger Betrachtung der Schadensseite nur zu diskutieren.

Hinter den beiden Argumentationen verbergen sich zwei unterschiedliche Grundpositionen, wie mit Studien-Evidenz umzugehen ist: Einmal ist es die Haltung, dass nur das empfohlen werden kann, was in einer guten Studie mit Nutzen belegt ist. Dies werde immer am sog. primären Endpunkt festgemacht; hierfür sei die gesamte statistische Berechnung ausgelegt. Subgruppenanalysen, später gar eingeführte Untersuchungsziele seien nicht – selbst, wenn statistisch signifikant – legitime Argumentationsbasis für Empfehlungen.

Auf der anderen Seite steht die Haltung, mit größerer Flexibilität und Nutzung anderer Dimensionen von Evidenz – z. B. Epidemiologie und biologische Plausibilität – umzugehen, da man nur damit in der Praxis handlungsfäh bleibe. Man könne ja die größere Unsicherheit einer Empfehlung auch im Evidenz-Level ausdrücken.

Wichtig ist innerhalb solcher Argumentationen, die Konsistenz der eigenen Position zu halten. Man kann nicht dann, wenn man etwas so findet, wie man sich es wünscht, die eine Position einnehmen, ein anderes Mal, wenn diese Voraussetzungen nicht gegeben sind, es anders halten.

Deutlich sein dürfte, dass die „richtige Behandlung“ selbst zwischen denjenigen, die evidenzbasierte Medizin nutzen, primär nicht eindeutig zu bestimmen ist.

Ihr Harald Abholz