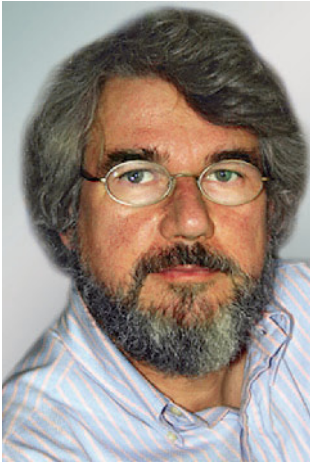


Wie rational wollen wir sein?



Evidence based medicine ist Ausdruck einer bestimmten Rationalitätsorientierung, die mit rund 10 bis 15 Jahren Verspätung zur angelsächsischen auch die deutsche Medizinkultur vor Jahren schon erreicht hat. Jeder weiß, dass heute Substanzen oder Verfahren nur noch „zugelassen“ werden, wenn sie in methodisch verlässlichen Studien bezüglich ihres Nutzens, nicht allein der Wirksamkeit, geprüft

sind und den entsprechenden Institutionen die Studien dazu vorgelegt werden können.

Wir selbst wollen und sollen uns nach Leitlinien ausrichten, die ebenfalls auf methodisch verlässlichen Studien basieren. Zumindest wird dies grundsätzlich so gehandhabt, selbst wenn immer dann, wenn es solche Studien nicht gibt, auch weniger verlässliche Studien als Beleg akzeptiert werden können (= beste verfügbare Evidenz).

Schon an dieser Stelle gibt es zwei Lager auch unter uns: Die einen akzeptieren die beste verfügbare Evidenz als Beleg. Die anderen lehnen sie als zu unzuverlässig ab – und sprechen dann in den Leitlinien über Behandlungen und Verfahren gar nicht mehr, wenn es dazu „keine Evidenz gibt“ – und gemeint sind hier methodisch zuverlässige Studien.

Damit wird ein Teil der Leitlinien „fleischlos“ bzw. auch bizarr: Nur das, was diese „guten Studien“ im Hintergrund hat, wird in Form einer Leitlinien-Empfehlung sichtbar. Nur sind das oft nicht die zentralen Themen der in einer Leitlinie abzuhandelnden Themen, sondern Randerscheinungen im Themenbereich – eben nur, weil hierzu „gute Studien“ vorliegen. Und die Interessengruppen, die diese, unsere Rationalitätsorientierung ausnutzen wollen, wissen, dass dann, wenn man ganz viele, methodisch gute Studien zu einem neuen Wirkstoff macht, bisher eingesetzte „alte“ Wirkstoffe aus dem Markt verdrängt werden können, da es zu deren Einführungszeit solche Studien nicht gab. Bei z.B. den NOAKs und der Knochenchirurgie kann man diesen Ansatz gut studieren.

So bildet sich aufgrund der genannten Rationalitätsorientierung eine Welt ab, die nicht immer für unseren Handlungsalltag brauchbar ist. Einmal, weil nur ein – nicht selten – kleiner Handlungsraum überhaupt durch „gute Studien“ in Bezug auf Diagnostik, Therapie und Prävention abgebildet wird. Zum anderen, weil aus der Erfahrung resultierende oder mit methodisch weniger zuverlässigen Studien nur gestützte Behandlungen als so wenig wert angesehen werden, dass darüber zu sprechen sich verbietet. Die plausible Ableitung aus

pathophysiologischen Überlegungen, Analogieschlüsse aus Studien zu ähnlichen Substanzen, Verlaufsbeobachtungen etc., all dies wird als wertlos erklärt.

Parallel zu dieser Welt aber steht: Wir selbst bieten immer wieder Behandlungen an, die gar nicht in ihrem Nutzen belegt sind, bei denen wir aber den Eindruck haben, dass einige Menschen davon einen Nutzen haben. Dürfen wir dies? Was berechtigt uns dazu? (Vergl. den Artikel von Linde auf den Seiten 201–206.)

Um hier zu entscheiden, hilft auch ein Blick auf die oben skizzierte Rationalität: Die „guten Studien“ haben auch erhebliche Limitationen – selbst wenn man oben angesprochene Marktinteressen unberücksichtigt lässt. 1. Um der Methodik willen werden sehr viele Personen aus Studien ausgeschlossen, weil sie weitere Erkrankungen oder Medikationen haben, die den Studienausgang beeinflussen könnten. 2. Alters- und Geschlechtsgruppen sind teilweise zu der normalen Alters- und Geschlechtsverteilung bei einem Krankheitsbild, das behandelt/diagnostiziert werden soll, bizarr anders verteilt. 3. Die sog. Endpunkte einer Intervention sind teilweise entweder nicht die relevanten oder täuschen über einen gewählten „compound endpoint“ (Zusammenfassung mehrerer Outcomes) einen relevanten Outcome nur vor. 4. In jeder Studie, die „keinen Nutzen“ nachweist, gibt es einen erklärlichen Anteil der Untersuchten, die dennoch einen Nutzen zu haben scheinen – nur ist dieser statistisch nicht fassbar (was ja an der gewählten Studiengröße u.a. liegt).

Wir müssen also davon ausgehen, dass Studien uns auch nicht immer die Wahrheit für den vor uns sitzenden Patienten liefern. Und wir können nicht immer davon ausgehen, dass bestimmt Dinge, die wir durchführen, obwohl es keinen Studiennutzen gibt, nun wirklich gar keinen Nutzen haben.

Wie also sich verhalten? Ich halte es so: Ich verlange von mir, dass ich recht gut über die Studienlage zu einem Thema Bescheid weiß; tue ich dies nicht, dann lese ich nach oder ich überweise. Danach versuche ich das, was mit guter Studienbasis gesichert ist, umzusetzen. Scheitere ich hierbei, dann gehe ich Wege, die nicht rationaler Medizin entsprechen. Nur bei wenigen Patienten – so meine Erfahrung – ist Akzeptanz dafür zu erreichen, dass man dann gar nichts (mehr) tun kann. Damit bleibt für mich EbM der Ausgangspunkt – nur nehme ich sie nicht bitterernst – immer wissend, wann und warum ich abweiche.

Problem hierbei sind die Institutionen, die unser Handeln beobachten und beurteilen: die Gerichte und die Krankenkassen, die ja ebenfalls die Rationalität unseres Handelns zunehmend prüfen. Beide glauben aber weiterhin mit „bitterernst“ an die absolute Wahrheit von in Leitlinien Gedrucktem.

Ihr
Harald Abholz