

Evidenzbasierte Medizin: Fundament zur Vereinbarung individueller Therapieziele

Von Norbert Schmacke*

ABSTRACT

Die Frage nach dem Stellenwert der evidenzbasierten Medizin (EbM) war in Deutschland lange Zeit eine reine Insiderdiskussion. Nachdem die Bundesregierung 2001 unter ausdrücklichem Hinweis auf evidenzbasierte Leitlinien die flächendeckende Einführung von Disease-Management-Programmen gesetzlich ermöglicht hat, geraten Philosophie und Methodik der EbM in das Licht des öffentlichen Interesses. Der Artikel reflektiert die häufigsten Einwände, die gegen einen vermeintlichen „EbM-Purismus“ vorgebracht werden und kommt zu dem Ergebnis, dass EbM tatsächlich eine kulturelle Wende im Ringen um die Zukunft des Gesundheitswesens darstellt. Die Gründe liegen nicht nur in der Aufdeckung unmittelbarer Interessenkonflikte bei der Beschreibung medizinischer Inhalte, sondern tiefergehend in der radikalen Infragestellung der Jahrhunderte währenden Tradition der Expertendominanz in der Medizin.

Schlüsselworte: Evidenzbasierte Medizin, Leitlinien, Disease Management Programme

The implementation of evidence based medicine (EBM) in Germany was typically implicit until recently. However, once the Federal Government introduced legislation on „disease management programs“, with incentives for integrated, evidence-based management of selected chronic diseases in 2001, EBM suddenly became the focus of widespread debate. This article reflects upon the main objections against what has been termed „EBM-purism“ that have characterised public debate. The author concludes that EBM indeed represents a cultural revolution in health care not only because of its challenge to hidden conflicts of interest in medicine but also because it marks the beginning of the end of a longstanding tradition of untouched dominance by „experts“.

Keywords: Evidence based medicine, guidelines, disease management programs

1. Einleitung

Lange Zeit blieb der Ansatz von „Evidence Based Medicine“ in Deutschland der Diskussion einer kleinen Gruppe von Fachleuten vorbehalten, welche die Entwicklung im Ausland frühzeitig verfolgt und für Deutschland nachvollzogen hatten. EbM verbindet mit den Worten eines ihrer Väter David Sackett die best verfügbare wissenschaftliche Evidenz mit der klinischen Erfahrung des Behandlers (Sackett et al 1996). Heute wird der Begriff der evidenzbasierten Medizin fast inflationär benutzt. Ausgangspunkt für EbM war erst einmal die unstreitige Erkenntnis, dass es angesichts der Inflation an Veröffentlichungen in medizinischen Journalen nötig ist, bei der Beantwortung der Frage nach Wirksamkeit und Nutzen der Medizin mittels einer international

vereinbarten Such- und Bewertungsmethodik aufzuzeigen, wie es um die Güte der in der Praxis eingesetzten medizinischen Maßnahmen steht. Dabei wird transparent gemacht, auf welche wissenschaftlichen Studien oder andere Quellen sich unterschiedliche Aussagen zum Stellenwert von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren stützen. Im günstigsten Fall kann durch den kontrollierten Vergleich sowohl unter idealen Studienbedingungen wie unter Alltagsbedingungen gezeigt werden, dass ein medizinisches Verfahren allen bisherigen deutlich überlegen ist; im ungünstigsten Fall bleibt es dabei, dass für ein angeblich innovatives Verfahren lediglich eine einzelne Expertenmeinung ausfindig gemacht werden konnte. Der Begriff EbM ist heute scheinbar „modern“ geworden und wird von verschiedenen Interessengruppen des Gesundheitssystems mit unterschiedlichen Intentionen

* Prof. Dr. med. Norbert Schmacke

AOK Bundesverband, Kortrijker Strasse 1, 53177 Bonn

Tel.: (0228) 84 33 27 · Fax: (0228) 84 37 24

E-Mail: norbert.schmacke@bv.aok.de

nen verwendet. Grund genug, genauer hinzusehen, worum es geht.

Wurde zunächst in der Auseinandersetzung um EbM darüber gestritten,

- ob hiermit die ärztliche Freiheit unzulässig eingeschränkt werde,
- oder die Arztprofession ihrer Autonomie beraubt werde,
- oder ob man EbM überhaupt benötige, weil sich Innovationen auch bislang stets den Weg zur Praxis gebahnt hätten, treten jetzt allmählich differenziertere Debatten in den Vordergrund. Hierbei geht es um unterschiedlichste Ebenen:
- um das Verhältnis von wissenschaftlicher Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur Einzelfallentscheidung des Arztes,
- um die Fehleranfälligkeit der zugrundeliegenden Bewertungsverfahren,
- um die begrenzten Horizonte, die von EbM bisher erfasst worden sind,
- um die Diskrepanz zwischen der für EbM relevanten pharmakologischen und medizinisch-technischen Ausrichtung der Forschung und dem Fehlen hochwertiger Studien für komplexe Versorgungsansätze. Hierbei spielt vor allem die Frage eine Rolle, wie multimorbide Patienten sinnvoll behandelt werden können und wie die immer erforderliche psychosoziale Zuwendung im therapeutischen Prozess bewertet werden kann.

Einige Skeptiker argwöhnen gar, dass es sich bei EbM bloß um eine neue Variante alter Bemühungen um gute Standards in der Medizin handelt. Manche gehen dabei so weit, dass sie EbM als einen vergeblichen Versuch der Rationalisierung prinzipiell nicht über wissenschaftliche Bemühungen zu ordnender Prozesse innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung bezeichnen.

Die öffentliche Debatte hat in Deutschland gerade erst begonnen. Die Frage nach der Evidenzbasierung der medizinischen Inhalte von Disease-Management-Programmen fördert Streitpositionen an das Tageslicht, die deutlich machen, in welcher Ferne ein sachkundiges Ringen um die Nutzung von EbM zum Teil noch liegt. Die nachfolgenden Ausführungen erheben den Anspruch, dafür zu werben, EbM nicht zu zerreden, ehe diese überhaupt eine Chance hatte, innerhalb des Versorgungsgeschehens wirksam zu werden. Die Darstellung nimmt einige der wichtigsten Schlagworte der kontroversen Debatte auf.

■ 2. Die individuelle Arzt-Patient-Beziehung

Was nützt es, wird immer wieder gefragt, wenn evidenzbasierte Medizin Empfehlungen auf dem Boden von hochwertigen Studien

gibt, wenn mit noch so guten Methoden die best verfügbare Evidenz für eine spezielle Frage eines konkreten Krankheitsbildes herausgefunden wird, und Arzt und/oder Patient in einer individuellen, unwiederholbaren Situation meinen, die evidenzbasierte Empfehlung treffe auf den Einzelfall doch nicht zu? Die Antwort auf diese Frage ist eine doppelte. Erstens kann eine überwiegend aus populationsbezogenen Studien gewonnene Empfehlung für oder gegen ein Verfahren die konkrete Einzelfallentscheidung natürlich grundsätzlich nicht ersetzen; der Arzt resp. Therapeut wird aber näher begründen müssen, wenn er von gut abgesicherten Empfehlungen abweicht. Der Patient wird sich unter bestimmten Voraussetzungen auch davon überzeugen lassen müssen, dass eine von ihm gewünschte Leistung wegen fehlenden Nutznachweises als problematisch zu bezeichnen ist oder definitiv nicht zum Leistungsumfang seiner Versicherung gehört: Letzterer Fall ist insofern alles andere als skandalträchtig, als die evidenzbasierte Medizin dann nicht mehr getan hat als die allgemeinen Grundsätze des Sozialgesetzbuchs (hier: Nutzen, Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit) zu konkretisieren. Auch wenn es keine eindeutigen Empfehlungen auf dem Boden guter klinischer Studien geben sollte, weil die wissenschaftliche Literatur zu der konkreten Fragestellung schweigt, ist dies für den Patienten eine wesentliche Information. Und zweitens verstellt die Focussierung der Debatte auf den „Einzelfall“ die Tatsache, dass es in der Medizin eine Fülle von Situationen gibt, in denen eine Standardisierung des Vorgehens die Heilungschancen dramatisch verbessert bzw. vermeidbare Nebenwirkungen verhüten hilft. EbM schützt Ärzte vor dem Vorwurf der Beliebigkeit und Patienten vor der Praktizierung der Beliebigkeit. Wenn es zur eingefleischten Kulturtechnik würde, dass Ärzte mit ihren Patienten über die verfügbare Evidenz reden, hätte EbM ihren Zweck schon nahezu erfüllt.

■ 3. Bevölkerungsbezug

Da sich die Ergebnisse der EbM in erheblichem Umfang auf Berechnungen von Wirkungs- und Nutzenpotenzialen aus bevölkerungsbezogenen Studien stützen, wird der EbM in Erweiterung des Einzelfall-Arguments häufig entgegengehalten, dass die gewonnenen Verallgemeinerungen schon aus erkenntnistheoretischen Gründen nicht auf jeden Einzelfall Anwendung finden könnten. Was für 99 Kranke richtig sei, könne für den 100sten falsch sein. Diesem Argument muss man entgegenhalten, dass sich zwar niemand einer solchen Logik entziehen kann, dass es aber für die Gesamtheit der 100 Kranken bis dato keine seriöse Alternative zum Vorgehen der Gewinnung hochwertiger Evidenz vor allem mit der Methode des kontrollierten Vergleichs gibt. Der Verzicht auf die Absicherung des Nutzens von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren durch die Methodik der EbM (das ist die Sichtung und Bewertung vorhandenen Wissens) führt zurück zum Schul-

denken in der Medizin: Der Großmeister gibt sein Wissen an seine Jünger weiter, und diese verlassen sich darauf, in der besten aller möglichen Schulen gelernt zu haben. Möge Jede und Jeder für sich entscheiden, welche Form der Bildung er sich für die ihn behandelnden Ärzte wünscht.

■ 4. Naturwissenschaftliche Verengung

Der EbM wird wie allen systematischen Bewertungsverfahren im Zusammenhang mit dem Individualisierungs-Thema zudem gern der Vorwurf gemacht, sie fördere das Diktat einer seelenlosen, naturwissenschaftlich verengten Sichtweise in der Medizin. Dieser Eindruck entsteht möglicherweise zum Teil dadurch, dass sich bis dato EbM sehr stark auf biomedizinische Fragestellungen, hier noch einmal schwerpunktmäßig die Pharmakotherapie, konzentriert. Tatsächlich besteht sowohl ein Mangel an guten Studien zum Stellenwert psychosozialer Verfahren in der Medizin als auch ein Defizit an Bewertung komplexer therapeutischer Ansätze, da EbM sich häufig auf einzelne Untersuchungs- und Behandlungsverfahren konzentriert. Defizitär ist ohne Frage auch die Studienlage zur Bedeutung der Allgemeinmedizin und der Pflege. Dies liegt maßgeblich daran, dass Forschung zur Bedeutung der Zuwendung vor allem im Rahmen von chronischen Krankheitsverläufen ein absolutes Stiefkind der universitären wie außeruniversitären Forschung geblieben ist. Damit werden bis heute weite Bereiche, die für eine verlässliche Versorgung bedeutsam sind, innerhalb der Studienlandschaft, auf die EbM sich stützen muss, kurz gehalten. Zwei Dinge wird man aber im Auge behalten müssen. Erstens steht außer Frage, dass die Methodik von EbM sich auf Fragen von Lebensqualität und ganze Versorgungsansätze anwenden lässt; man muss die erforderlichen hochwertigen Studien nur kennen und für die Zukunft mehr Geld hierfür bereitstellen. Eine Reihe randomisierter Studien hat gezeigt, dass es eine positive Auswirkung von patientenzentrierter Gesprächsführung auf Behandlungsergebnisse gibt. Derartige Forschung ist allerdings im klinischen Alltag wenig präsent. Noch schwerer hat es die qualitative Sozialforschung, deren hermeneutische Verfahren hervorragend zur Entwicklung zielführender Forschungsfragen geeignet sind. Die Grounded Theory (Glaser/ Strauss 1967) hat jedenfalls bislang innerhalb der Medizintheorie in Deutschland noch wenig Unterstützer gefunden; Hermeneutik ist vermutlich ebenso anstößig wie Biometrie. Diese Mängel können aber nun wirklich nicht der EbM angelastet werden, sondern sind Ausdruck einer selbstzufriedenen klinischen Medizin. Zweitens hat noch niemand erklärt, warum das Herausfinden unzureichender Evidenz für diagnostische und therapeutische Verfahren „inhuman“ sein soll. Es erspart unnötiges Leiden (vor allem gravierende Nebenwirkungen nicht gesicherter Therapieverfahren) und ermöglicht das Umlenken von Ressourcen aus ungesicherten Bereichen in

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

„Nach Sackett bedeutet EbM, dass der Arzt, ausgehend von einem konkreten Patientenproblem das Problem definiert, mit einer effizienten Literatursuche die beste Evidenz aufspürt, sie (methoden-) kritisch bewertet, und mit ihren Wirkungen, Nebenwirkungen, Auswirkungen im Kontext der besonderen Patientensituation abwägt und mit den gewonnenen Erkenntnissen unter Berücksichtigung der Vorstellungen und Werte des Patienten das gestellte Problem löst. Der Inhalt dieser scheinbar einfachen Strategie erweist sich bei näherem Hinsehen für viele Ärzte in Deutschland als eine erhebliche Herausforderung, denn die notwendigen Kenntnisse und Grundbegriffe sind bisher weder in der medizinischen Ausbildung noch in der Weiterbildung integriert, und es existieren keine Studiengänge für die zugehörige „Mutterwissenschaft“, der klinischen Epidemiologie“.

Quelle: Regine Kunz et al. (2001):

Entwicklung eines Gegenstandskatalogs als Basis einer reproduzierbaren Ausbildungsqualität in evidenzbasierter Medizin; in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 95, 371-375, S. 371.

Felder von Unterversorgung, für die es ausreichende Nutzen-nachweise bereits gibt. Das über allem schwebende Argument, mit dem die Bedeutung von EbM relativiert werden soll, heißt schließlich dann: Medizin ist immer Wissenschaft und Kunst zugleich. Das kann man so sehen, aber das mindert in keiner Weise die Anforderungen an hohe Qualität für die wissenschaftliche Fundierung der Medizin. Und der Hinweis auf die Kunst der Medizin sollte nicht verschleiern, dass gerade die wichtigsten Kompetenzen, welche Ärzte befähigen können, auf ihre Patienten angemessen einzugehen, Teil der Aus-, Fort- und Weiterbildung sein müssten: Zuhören, patientenzentrierte Gesprächsführung, interdisziplinäres Denken, Teamfähigkeit. Warum dies ein Gegensatz zur EbM sein soll, ist noch nirgendwo erläutert worden.

■ 5. Überforderung von EbM

Seit Field und Lohr 1992 in ihrer inzwischen legendären Publikation darauf hingewiesen haben, dass sich nur ein begrenzter Teil der Medizin auf belastbare Ergebnisse von EbM stützen kann, wird gern das Argument verwendet, damit sei der Sinn von EbM für die medizinische Versorgung doch ad absurdum geführt. Denn natürlich will niemand dafür argumentieren, alle nicht EbM-abgesicherten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren ab sofort einzustellen. Schließlich würde dies dazu führen, dass viele Patienten mit akuter Blinddarmentzündung sterben müssten: Eine randomisierte, kontrollierte Studie zum Nutzen der Appendektomie gibt es nicht und wird es nicht geben. Bei dieser Argumentation muss man zwischen einem polemischen und einem ernstzunehmenden Anteil unterscheiden. Wenn die Gelder für die Durchführung guter

Outcome-Studien so rar sind wie dies heute der Fall ist, muss man sich nicht wundern, dass die Black-Box der Evidenzbasierung so groß ist. Wenn nach wie vor viele Ärzte Schwierigkeiten haben, Grundlagen der Epidemiologie und der Biometrie zu verstehen und wertzuschätzen, weist dies auf einen grundsätzlichen Ausbildungsmangel hin, der behebbar wäre. Weil es Bereiche gibt, die nicht mit randomisierten, kontrollierten Studien zu untersuchen sind, hat bis heute auch noch kein EbM-Vertreter behauptet, Evidenzgewinnung sei identisch mit dieser fraglos besten Studienform. Auch künftig wird Medizin ohne Expertenmeinung nicht lebensfähig sein. Der Anteil der rein eminenzbasierten Versorgung lässt sich aber durch Verstärkung der Evaluation medizinischer Leistungen deutlich zurückdrängen. Wer könnte dagegen etwas haben? Und je selbstverständlicher es wird, nach der best verfügbaren Evidenz Ausschau zu halten, umso eher wird sich auch innerhalb der wissenschaftlichen Begleitung neuer und eingeführter medizinischer Verfahren ein System der angemessenen Methodenbewertung durchsetzen.

Statt die Grenzen von EbM zu beklagen, sollte auf die Pionierleistung derjenigen Autorinnen und Autoren hingewiesen werden, die durch hartnäckiges Insistieren auf kontrollierten Vergleichen echte Fortschritte für Patientinnen und Patienten erreicht haben. Wo stünde die Depressionsforschung heute ohne die 1965 veröffentlichte Studie, welche die Elektroschocktherapie mit dem trizyklischen Antidepressivum Imipramin und Placebo verglichen hat (*Medical Research Council 1965*)? Wieviel Schaden für Patienten mit Rhythmusstörungen wäre weiter angerichtet worden, wenn nicht die CAST-Studie 1989 gezeigt hätte (*Schlusspublikation in Epstein et al 1993*), dass durch das „plausible“ Unterdrücken von Extrasystolen die Mortalität fast verdoppelt worden war? Wie anders als durch hochwertige klinisch-epidemiologische Studien ist weitere Klarheit zu beschaffen angesichts der begründeten Sorge, dass die Langzeiteinnahme von Östrogenen oder Östrogen-Gestagen-Kombinationen bei Frauen das Infarkt- und Krebsrisiko deutlich steigert (*Writing Group 2002, Greiser et al 2000*)? Ein besonders eindrucksvolles Beispiel für die Notwendigkeit, die best verfügbare Evidenz zu suchen und bei unzureichenden Belegen für „plausible“ Behandlungsverfahren verschiedene Therapieformen zu vergleichen, liefert die Geschichte der operativen Verfahren des Brustkrebs: Es ist die Geschichte der fortwährenden Deeskalation, des Verzichtes auf unnötig aggressive Verfahren und des damit verbundenen Gewinns an Lebensqualität für die betroffenen Frauen (*Skrabanek 2000*). Und wie anders könnten schließlich auch die Felder von Unterversorgung entdeckt werden, wenn nicht durch das Einfordern hochwertiger Studien? Nur so konnte gesichert werden, dass die konsequente Behandlung des Bluthochdrucks bei Typ 2 Diabetikern der entscheidende Ansatzpunkt zur Absenkung der Herzinfarkt- und Schlaganfallhäufigkeit bei diesen Patienten ist (*Berger et al 2002*). Nur so konnten Wege aufgezeigt werden, unnötige Amputationen bei Diabetikern tatsächlich zu vermei-

den. EbM, welche Studien nach formaler und inhaltlicher Qualität recherchiert und bewertet und weiterführende Studien anmahnt, ist insoweit Stand der medizinischen Wissenschaft, hinter den es kein Zurück mehr geben wird.

■ 6. Ärztliche Zuständigkeit

Eine weit verbreitete Annahme dürfte sein, es reiche aus, das „M“ in EbM sehr wörtlich zu nehmen und deshalb EbM als Domäne der Ärzteschaft zu sehen; dabei bleibt außerhalb der Betrachtung, dass gute Versorgung vom Ineinandergreifen einer Vielzahl von Berufen und deren Fachlichkeiten abhängt. Natürlich ist Evidenzbasierung in der medizinischen Versorgung auch ein Thema der Pflege und der psychosozialen Interventionen – und insoweit ist die Methode der evidenzbasierten Medizin nicht naturgegebenes Monopol einer bestimmten Berufsgruppe. Weder wissenschaftliche Bewertung von Literatur noch Erfahrung in der Versorgung von Kranken ist ausschließlich der Ärzteschaft zuzurechnen. Bezüglich der vorhandenen Studienlandschaft in der Medizin stößt man aber permanent auf die Problematik der unzureichenden Finanzierung versorgungsrelevanter Studien, die auch weit stärker als bisher von den Bedürfnissen der Patienten her konzipiert sein müssten. Es ist nicht entschieden, welche Auswirkungen eine Verbesserung dieser Situation bezüglich der Einstellung der medizinischen Fachgesellschaften haben wird. Diese meinen mehrheitlich heute noch, dass die Versammlung von Fachärzten einer bestimmten Disziplin automatisch Gewähr dafür bietet, die Konturen einer qualitätsgesicherten Medizin beschreiben zu können. Historisch gesprochen steht die Ärzteschaft vor der Entscheidung, ob sie die Ära der Zünfte in die Neuzeit retten oder sich den Geboten von Transparenz und Verbraucherschutz stellen will. Für die Akzeptanz der ärztlichen Profession, so die These, wird die Unterstützung der evidenzbasierten Medizin schon mittelfristig mehr Vor- als Nachteile mit sich bringen. Das Vertrauen in eine gute Medizin muss nachhaltig erworben werden.

■ 7. Primat der Fachgesellschaften

Auf den ersten Blick scheint einzuleuchten, dass die Probleme der Übertragung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis am besten bei den jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften aufgehoben sind. In einem Land mit unmittelbarem Zugang zu niedergelassenen Fachärzten hat sich der Eindruck verfestigt, dass natürlich der jeweils auserkorene Facharzt am besten garantiert, dass eine wirklich moderne Behandlung stattfindet. Die genauere Beobachtung von Trends in der medizinischen Behandlung sprechen eine andere Sprache. Fachgesellschaften neigen immer dazu, ihren spezifischen Blick auf Krankheit für wichtiger zu halten als es angezeigt ist; sie vernachlässigen den ganzheitlichen Blick auf den Patienten;

und sie unterliegen in besonderem Maß dem Einfluss der Industrie, die ihre neuen Produkte so früh wie möglich breit zur Anwendung bringen will – ehe die Überlegenheit einer neuen Methode tatsächlich erwiesen ist. Dies lässt sich eindrucksvoll an der Entwicklung der so genannten Hormonersatztherapie für Frauen in und nach der Menopause zeigen. Die Frau wurde de facto von den Gynäkologen mit Eintritt der Menopause in ein „Hormonmangelwesen“ umdefiniert, welches Östrogenersatz benötigte wie der juvenile Diabetiker das Insulin. Dies wurde Schritt für Schritt mit immer neuen „Nachweisen“ der Schutzwirkung der Hormone begründet. So wurden präventive Effekte ins Feld geführt für Herzinfarkt, Schlaganfall, Demenz und Knochenbrüche. Sublim wurde damit argumentiert, die Langzeiteinnahme von Hormonen könnte den Alterungsprozess aufhalten. Die EbM-Analyse sah und sieht wesentlich nüchterner aus: Positive Effekte sind möglicherweise für die Verhinderung von osteoporotisch bedingten Frakturen zu erwarten, wobei diese Schutzwirkung nur anhält, wenn Frauen kontinuierlich Hormone einnehmen, und das heißt wegen des gehäuferten Auftretens dieser Frakturen im hohen Alter im Prinzip unbefristete Einnahme. Verschwiegen wurden dagegen lange die ernstzunehmenden Hinweise auf gravierende Nebenwirkungen durch langfristige Hormoneinnahme, insbesondere eine Zunahme von Brust- und Gebärmutterkrebs (Greiser et al 2000). Inzwischen äußert sich die gynäkologische Fachwelt zur Frage der gesicherten Indikationen für Hormone wesentlich vorsichtiger. Das wäre nicht ohne Förderung hochwertiger Studien und hartnäckiges Hinweisen auf deren Ergebnisse durch kritische Epidemiologen und Gesundheitswissenschaftler geschehen. Der zivilisatorische Fortschritt der EbM besteht mit anderen Worten genau darin, dass es bezüglich des Nutznachweises von Methoden keinen Bonus für Fachautoritäten gibt. Daraus eine Demontage der Bedeutung von Spezialisten in der Medizin ableiten zu wollen, wie das gern geschieht, spricht nicht für das Selbstvertrauen der Ärzteschaft. Sie sollte vielmehr endlich in ihr professionelles Selbstverständnis aufnehmen, dass Teilen von Wissen eine demokratische Kultur ist.

■ 8. Wirtschaftsförderung

Ein Standardargument gegen die Bewertungsmaßstäbe von EbM lautet: Wenn stets der eindeutige Nutznachweis verlangt wird, ehe neue Verfahren der Untersuchung und Behandlung den Versicherten zugute kommen dürfen, bedeute dies de facto eine Bremse für den wirtschaftlichen Fortschritt, weil weder Pharmazeutische Industrie noch alle sonstigen Hersteller bedeutender Medizinprodukte die zum Teil erheblichen Investitionen tätigen werden, da sie befürchten müssten, bei zu hohen Qualitätsansprüchen allzu spät zu dem erforderlichen Return on Investment zu kommen. In neuzeitlicher politischer Sprache lautet das dann: EbM schadet dem Wirtschaftsstandort Deutschland. An diesem

Argument ist nur eines richtig: hohe Qualität in der Produktinnovation hat tatsächlich ihren Preis. Ein Nachweis, dass dies angesichts der Internationalisierung der Märkte und der zunehmenden Internationalisierung von EbM und Health Technology Assessment einem einzelnen Land auf Dauer besonders schaden sollte, steht aus. Ein reales Problem für „Produkte“ des Gesundheitsmarktes ist sicherlich, dass für viele Anwendungen lange Zeiträume der Beobachtung erforderlich sind, um eine einigermaßen stabile Aussage über den Nutzen einer neuen Untersuchungsmethode, eines neuen Medikaments oder eines neuen Operationsverfahrens treffen zu können. Hierfür lassen sich aber ohne weiteres innerhalb der ganz normalen Konfliktlösungsstrategien in einer Gesellschaft Wege beschreiben: Man kann bedingte Zulassungen zum Markt aussprechen und an die nachträgliche Erbringung von Langzeitstudien knüpfen; man kann – wie dies heute weithin in der Industriegesellschaft de facto doch auch schon geschieht – das Steuersystem auf die Spezifika der Produktionszyklen der Hersteller abstellen oder für absolut unrentable Bereiche staatliche Subventionen vereinbaren. Dabei wird man aber auch einen nüchternen Blick auf die Bilanzen von Großunternehmen richten müssen: Der Forschungs- und Entwicklungsetat dieser Firmen ist insbesondere im Verhältnis zum Marketingetat häufig bei weitem nicht so groß wie dies in der Debatte um die Zumutbarkeit der Ausweitung des Unternehmerrisikos durch höhere Qualitätsnormen dargestellt wird.

■ 9. Begrenzte Ressourcen

Ein weiteres Argument gegen eine systematische Anwendung von EbM ist der angeblich enorme finanzielle Aufwand für die Entwicklung und Pflege entsprechender Institutionen und Verfahren. Hier sind vor allem drei Argumentationsebenen wichtig. Erstens muss man sich fast unabhängig von der Frage der Kosten-Nutzen-Relation vor Augen halten, welche immense Summen innerhalb der kurativen und rehabilitativen Medizin ausgegeben werden. Zweitens geht es nicht nur um Geld für Forschung und Bewertungsverfahren, weil Grundprinzipien von EbM Gegenstand von qualitätsgesicherten Curricula für alle Fachberufe des Gesundheitswesens sein sollten, insbesondere aber für die Ärzteschaft. Damit würde die Nachfrage nach hochwertigen Studien automatisch im Laufe der folgenden Generation dramatisch steigen. Drittens ist natürlich richtig, dass auch EbM den Nachweis des Nutzens, des „Impact“ der eigenen Ergebnisse liefern muss. Hier muss erneut darauf verwiesen werden, dass gravierende Fehlentwicklungen der Medizin niemals ohne randomisierte kontrollierte Studien entdeckt worden wären – das allein ist ausreichende Begründung für den Ansatz von EbM. Es ist aber mit Sicherheit möglich, die Effekte von EbM versus eminenzbasierter Medizin auf die Lebensqualität, die Lebenserwartung und die Kosten-Nutzen-Relation innerhalb der So-

zialversicherung wesentlich subtiler als bisher zu untersuchen. Abgesehen davon steht außer Frage, dass EbM nur als Teil eines umfassenden Qualitätsmanagements seine Wirkung entfalten kann. Denn die Ermittlung und Veröffentlichung der best verfügbaren Evidenz garantiert natürlich nicht die Befolgung der daraus ableitbaren evidenzbasierten Empfehlungen.

■ 10. Fehlende Legitimation für EbM

Im Zusammenhang mit der Frage ärztlicher, professioneller Autonomie wird häufig die Frage gestellt, woher Institutionen oder Gremien, welche EbM-Prozesse vorantreiben, ihre Legitimation sowohl für die Bewertung der Medizin als auch für die Verbindlichkeit dieser Bewertungen in Versorgungssystemen beziehen. Häufig wird nach wie vor unterstellt, dass die Ärzteschaft und ihre Fachgesellschaften gewissermaßen eine natürliche Zuständigkeit für das Setzen guter Standards in der Medizin haben. Das nach Auffassung der jeweiligen Experten „richtige“ Lehrbuch in der Kitteltasche des jungen Arztes ist dann der Kompass für die gute Medizin. Dass diese Auffassung irrig und die Informationsbasis der Ärzteschaft durchgängig verbesserungsbedürftig ist, lässt sich angesichts der Irrtümer medizinischer Schulrichtungen noch einfach zeigen. Gleichzeitig besteht aber die Notwendigkeit, besser zu verstehen, wie angesichts der ärztlichen Dominanz im gesellschaftlichen Meinungsbildungsprozess und in der individuellen Arzt-Patient-Beziehung, allzumal in lebensbedrohlichen Situationen, mehr Akzeptanz für den Weg von EbM geschaffen werden kann. Die Zukunftsfähigkeit von EbM für die Gestaltung des Alltags der Patientenversorgung hängt wohl sehr davon ab, ob es gelingt, die Auseinandersetzung um verlässliche Grundlagen der Medizin von der Ebene des Austausches von Expertenmeinungen Schritt für Schritt in Richtung der Begründung des medizinischen Handelns zu verschieben. Je besser dies gelingt, umso klarer wird werden, dass Argumente wie „Jeder Patient ist anders“ oder „Im Einzelfall helfen Standards doch nicht weiter“ sich für eine überraschend große Menge von typischen Versorgungssituationen dahin gehend relativieren, dass ein Abgehen von empfehlenswerten Standards für Diagnose und Therapie schon außergewöhnlicher Gründe bedarf. Wenn es in den nächsten Jahren und Jahrzehnten gelingt, die Patienteninformationen deutlich qualifizierter und verständlicher abzufassen als dies heute überwiegend noch der Fall ist, dann wird sich vermutlich die Frage nach der Legitimation von EbM ganz anders stellen als heute. Patienten werden ihre Ärzte nämlich dann immer häufiger danach fragen, ob sie wirklich die best verfügbare, das heißt an den relevanten Ergebnissen der Überlebensdauer und der Lebensqualität sich orientierende Evidenz zugrunde legen oder eine Routine, die sich nie hat fragen lassen, ob sie überhaupt oder noch à jour ist oder im schlimmsten Fall ausschließlich den pekuniären Interessen der Industrie oder der Leistungserbringer dient.

■ 11. Vernachlässigung der Alternativmedizin

Innerhalb der Versuche, verschiedene Ansätze der Patientenversorgung zu systematisieren, hält sich das Begriffspaar „Schulmedizin – Alternativmedizin“ hartnäckig. Dies ist aus rein wissenschaftlicher Sicht alles andere als ergiebig, weil für die Patienten bezogen auf die jeweiligen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur zählen kann, welche Belege es für die Qualität der durchgeführten Maßnahmen gibt. Auch das Argument, dass in der Geschichte der Medizin immer wieder Außenseiterverfahren lange Zeit bekämpft worden sind, ehe sie von den Universitäten und der dominierenden Lehrmeinung akzeptiert worden sind, ist kein Argument für die Idee, einer quasi verkrusteten Schulmedizin eine quasi patientenorientierte Alternativmedizin gegenüberzustellen. Unter beiden Flaggen segeln Behandlungsverfahren, die den Nachweis der Wirksamkeit und des Nutzens schuldig sind. Es ist gerade der Vorteil von EbM, keine Kategorisierungen nach der regionalen, weltanschaulichen oder sonstigen Herkunft der zu bewertenden Methoden vorzunehmen, sondern „nur“ danach zu fragen, was über den Nutzen und den Schaden des jeweiligen Verfahrens aus welchen Quellen zu erfahren ist – und diese Auswertung der wissenschaftlichen Literatur nach transparenten Kriterien vorzunehmen. Davon lassen sich bestimmte Vertreter der Alternativmedizin nicht beeindrucken, nämlich diejenigen, die eine derartigen wissenschaftlichen Methoden verpflichtete Bewertung für ihre Verfahren grundsätzlich als „naturwissenschaftlich verengt“ oder gar inhuman zurückweisen. Hier findet dann kein Dialog sondern Verkündung von Wahrheiten statt. Interessant ist aber, dass immer mehr Vertreter so genannter alternativer Verfahren im letzten Jahrzehnt angetreten sind, den fehlenden Nachweis der Gleichwertigkeit oder Überlegenheit ihrer Verfahren gegenüber den bisherigen Standards zu liefern – durch gute klinische Studien. Eine solche Debatte hat es in Deutschland in den Jahren 1999 und 2000 gegeben, als der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Bewertung der Akupunktur nach Kriterien von EbM durchführte. Alle angesprochenen Akupunkturgesellschaften sprachen sich dafür aus, ihr Behandlungsverfahren mit genau denselben wissenschaftlichen Maßstäben zu prüfen wie alle anderen medizinischen Verfahren auch. Diese Entwicklung ist ausgesprochen ermutigend, weil damit zwischen wichtigen Gruppierungen der Leistungserbringer ein Lösungsweg für den vormalig rein ideologischen Streit um die Seriosität der jeweils eingesetzten Verfahren beschrieben worden ist.

Damit ist die Frage, warum das Begriffspaar „Alternativmedizin – Schulmedizin“ so gebräuchlich ist, nicht aus der Welt. Vermutlich sind Beschreibungen wie „alternativ, unkonventionell, sanft, ganzheitlich“ zum einen Ausdruck des Strebens nach weniger angstmachenden Eingriffen in die körperliche Integrität, zum anderen Ausdruck des Hoffens auf Hilfe, wenn die so genannte Schulmedizin

die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllen kann oder nicht erfüllen will. So findet das Thema der Erwartungen von Patienten an die Medizin immer noch nicht die notwendige Aufmerksamkeit. Das alles sind aber keine Argumente gegen EbM. Im Gegenteil: Patienten werden sich besser beraten und ernster genommen fühlen, wenn sie darüber informiert werden, welches die best verfügbare Evidenz in ihrer Situation ist. Die Zahl derer, die so aufgeklärt werden wollen, wird zunehmen. Niemand kann gezwungen werden, sich den Ergebnissen von EbM auszusetzen, wenn sie oder er sich ohne wenn und aber auf den Rat des behandelnden Arztes verlassen möchte. Wichtiger ist es wohl, wesentlich intensiver als heute üblich danach zu fragen, welche Erwartungen Patienten tatsächlich haben, und sie äußern sie eben nicht immer spontan und nicht immer verbal und nicht immer in einer Sprache, die beim ersten Zuhören verständlich wirkt. Der Blick auf die Medizin „Through the patient's eyes“ (Gerteis et al 1993) bleibt die große Herausforderung der Zukunft. Und dieser Blick wird ganz massiv von Studien profitieren, die sich an den von EbM eingeforderten Qualitätsstandards orientieren.

■ 12. Das Prinzip Hoffnung

Ein völlig anderer Aspekt mag sein, dass EbM vielleicht tatsächlich auch fundamental verstörend wirken kann. EbM ist dem Prinzip der Aufklärung und der Rationalität verbunden. EbM ist ein niemals endender Überrollprozess des Suchens nach besserem Verstehen. Dieser rationale Zugang zu Fragen der Prävention, des Screenings, der medizinischen Untersuchung, der Behandlung, der psychosozialen Versorgung und der Rehabilitation wird immer wieder auch zu dem Resultat führen, dass es keine ausreichende Evidenz dafür gibt, ein bestimmtes in Rede stehendes Verfahren einzusetzen. Die grundsätzliche Infragestellung des rationalen Zugangs könnte zwei unterschiedliche Gründe haben. Zum ersten widerspricht eine auf Abstraktionsleistungen beruhende Aussage zu Wirksamkeit und Nutzen in der Medizin dem Wunsch, im eigenen, ganz individuellen Falle könne ja vielleicht doch das abgelehnte Screening- oder Behandlungsverfahren helfen – man könne gewissermaßen an aller Wahrscheinlichkeit vorbei doch das große Los ziehen oder die schon nicht mehr für möglich gehaltene Gesundung doch noch schaffen. Derartige Überlegungen sind verständlich, betreffen aber nicht den sinnstiftenden Nutzen von EbM und helfen zur Beantwortung der Frage, welche Verfahren von einer Sozialversicherung bezahlt werden sollen, erst recht nicht weiter. Zum zweiten, und dies ist möglicherweise noch viel entscheidender, kommt der Medizin über ihre nachweisbare Leistungsfähigkeit hinaus wohl immer auch die Rolle des Hoffnungsträgers zu. Wenn Menschen von der Angst überfallen werden, sie könnten eine gravierende Erkrankung erleiden, oder wenn nach dem Eintritt einer bedrohlichen Erkran-

kung die Frage auftaucht, ob es nicht doch etwas gibt, was besser ist als der empfohlene Standard, oder ob es bei dramatischem Fortschreiten der Erkrankung nicht doch noch ein letztes Mittel gibt, das Wunder vollbringen kann, dann nimmt der rationale Weg der Beratung demjenigen, der keine anderen Möglichkeiten der Konfliktbewältigung sieht oder zur Verfügung gestellt bekommt, die Hoffnung, dass etwas Sinnvolles getan wird. Ein aus wissenschaftlicher Sicht nicht zu befürwortendes Screeningverfahren wird vielleicht auch deshalb gewünscht, weil Menschen dies zur Bewältigung ihrer Ängste benötigen. Ein noch nicht wissenschaftlich gesichertes, möglicherweise hoch riskantes neues Behandlungsverfahren wird vielleicht auch deshalb eingefordert, um sich nicht an die Wahrheit heranzutasten, dass die Medizin an das Ende ihrer Heilungsversprechen gekommen ist. All dies sind keine Gründe, die gegen den Einsatz von EbM sprechen, aber vielleicht zusätzliche Hinweise darauf geben, warum das raschere und konsequentere Verbreiten von EbM auf Widerstände stößt. Die Konfrontation mit den Grenzen der Medizin erfordert Souveränität und Gelassenheit, die eben nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden kann. Die Kunst der ärztlichen Profession bestünde nun gerade darin, dazu zu stehen, dass Medizin immer aus einem Dreiklang besteht: Heilen – dies ist viel häufiger als in früheren Generationen möglich, aber trotz allen Fortschritts nur in begrenztem Umfang; Lindern – dies ist fast immer möglich, wenn auch vielleicht nicht ausreichend eingeübt; Trösten – ob dies heute wirklich noch zum Selbstverständnis ärztlichen Handelns gehört?

■ 13. Unverständlichkeit

Die Systematik und die Methoden von EbM stehen quer zur traditionellen Kultur der Medizin. Aus-, Fort- und Weiterbildung werden dort der Verantwortung der Institutionen der Ärzteschaft zugewiesen, ohne dass sie sich zur wissenschaftlichen Hinterlegung der vermittelten Inhalte näher erklären muss. Wissenschaftlichkeit wird auch aus Sicht der Öffentlichkeit und der Politik häufig allein dann bereits unterstellt, wenn Aussagen von Vertretern der eigens dafür eingerichteten Institutionen und Gremien gemacht werden. Man rechnet mit der wissenschaftlichen Potenz und der Selbstregulierungskraft der medizinischen Fakultäten und der Fortbildungsakademien der Ärzteschaft. Die EbM ist demgegenüber eine respektlose Disziplin. Sie interessiert sich nicht dafür, welche Namen und welche Institutionen hinter Publikationen stehen, es sei denn, um Selbstauskünfte der Autoren bezüglich möglicher Interessenkonflikte zwischen wissenschaftlicher Exaktheit und ökonomischen oder politischen Interessen zu erfragen. Die EbM fragt nur nach Art und Interpretation der erhobenen Daten. Und sie befähigt in ihren eigenen Fortbildungsaktivitäten die Nutzer von Fachveröffentlichungen, kritische statt

gläubige Leser zu werden. Da sie Methodenkenntnis voraussetzt, insbesondere biometrisches Verständnis, überfordert sie auf den ersten Blick den nicht geschulten Leser. Es ist sogar die Frage, ob es nur ein Schulungsproblem ist, Ärzte und alle, die in der Patientenversorgung Verantwortung tragen, im erforderlichen Maß mit den Regeln der Wahrscheinlichkeitstheorie und mit dem Problem systematischer Fehler bei der Erhebung und Deutung von Daten vertraut zu machen, oder ob es vielleicht auch unterschiedliche Begabungen in der Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Methodik gibt. Noch schwieriger ist vielleicht sogar die Auseinandersetzung mit Grundprinzipien der Gesundheitsökonomie und Gesundheitsethik: nämlich dort, wo es um Themen wie „Grenzen von Ressourcen“, „Übernahme von Verantwortung“ und die unausweichliche Beschäftigung mit Fragen des „Grenznutzens von Investitionen in die Medizin“ geht.

Wie dem auch sei, zwei Dinge sollten nicht aus dem Auge verloren werden, damit aus diesen Problemen keine unlösbaren Konflikte konstruiert werden. Erstens sollte mit Nachdruck damit begonnen werden, den Studierenden und Praktikern im Gesundheitswesen den Nutzen der Anwendung derartiger wissenschaftlicher Methoden nahe zu bringen. Zweitens sollte dies nicht in staubtrockenen Statistikvorlesungen geschehen, sondern in der Beschäftigung mit den alltäglichen wie auch den grundsätzlichen Herausforderungen für eine gute medizinische Versorgung. Und diejenigen, die biometrische Grundsätze und Prinzipien von EbM unterrichten, sollten zur Kenntnis nehmen, dass nicht jeder ein Meister der Methodik werden muss, dass auch nicht alle Studierenden und Praktiker in der Lage sind, mit den Messzahlen der Biometrie souverän umzugehen (*Gigerenzer 2002*). Ein Klassiker dieses Problems ist die inzwischen wissenschaftlich belegte Tatsache, dass viele Menschen mit der Messgröße „Relativprozent“ nur sehr begrenzt etwas anfangen können, sich aber sehr wohl ein ausreichendes Bild über die Leistungsfähigkeit von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren machen können, wenn die Ergebnisse in Absolutzahlen aufbereitet werden. Didaktik aber ist in den meisten Angeboten der universitären und postgraduierten Bildungsarbeit ein Fremdwort geblieben.

■ 14. Verwirrung der Patienten

Die so genannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die von der Ärzteschaft zunehmend angeboten werden, haben auf den ersten Blick mit EbM nichts zu tun. Sie haben es tatsächlich auch nicht, weil sie nicht nach der Evidenzbasierung fragen, sondern nach der vermeintlich rein patienten- oder bürgerinduzierten Nachfrage nach Leistungen, die über den GKV-Katalog hinausgehen. Dass die Nachfrage nach diesen Leistungen weitgehend von der Werbung der Ärzte abhängt, wird dabei vornehm verschwie-

gen. Der Zusammenhang mit EbM wird erst richtig deutlich, wenn man sich vor Augen führt, wie die Propagandisten viele der IGeL vermarkten. Zwar wird stets betont, dass die Qualität der IGeL stimmen müsse, in der Ansprache der Patienten wird aber zweierlei betont: Erstens wird deutlich gemacht, dass die Krankenkassen genau diese angebotene Leistung nicht bezahle, zweitens wird dann angefügt, dass diese konkrete Leistung aber dennoch ausgesprochen sinnvoll für die Verbesserung der Gesundheitschancen sei. Damit wird ein ethisch hoch problematisches Verwirrspiel mit den Patienten gespielt. Diese müssen ja davon ausgehen, dass der Arzt ausschließlich qualitätsgesicherte Leistungen anbietet. Die Information, dass die GKV-Leistungen aber doch zu ergänzen seien, muss zu der Überlegung führen, dass die GKV eben nicht alle notwendigen Leistungen bezahlt, welches ihr gesetzlicher Auftrag ist. Da bei gesundheitlichen „Dienstleistungen“ immer die Frage mitschwingt, ob denn jeder auch zu seinem guten Recht kommt oder im Extremfall vor gravierenden Risiken geschützt wird, bedeutet das Verwischen zwischen „notwendigen“ Leistungen im Sinne der GKV und „den Katalog der GKV sinnvoll ergänzenden“ Leistungen nach dem IGeL-Katalog ein aus pekuniärer Sicht sehr gelungenes, aber aus der Sicht der ärztlichen Profession und des Vertrauens in die Krankenversicherung oftmals perfides Verwirrspiel. Wenn zum Beispiel Frauen gesagt wird, die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs entspreche nicht mehr dem Stand der Wissenschaft, dann bedeutet dies nichts anderes, als dass mit der Angst vor Krebs ein Geschäft gemacht wird. Die Philosophie von evidenzbasierter Medizin sieht keine Zweiteilung von Leistungen vor, sondern individuelle Entscheidungsoptionen für Arzt und Patient in ein und derselben medizinischen Versorgungsrealität. Wenn die Ärzteschaft der Überzeugung ist, dass bestimmte Methoden nicht mehr dem Stand der Wissenschaft entsprechen, müssten sie sich dafür stark machen, dass bessere Methoden in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden: Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist die hierfür vom Gesetzgeber eingerichtete Institution. Stattdessen aber die Versicherten mit dem Hinweis zu verunsichern, die Kassen könnten eben heute nicht mehr alles zahlen, was „modern“ sei, stellt eine unverantwortliche Verwirrung von Versicherten dar. Der zivilisatorische Fortschritt der Krankenversicherung liegt vor allem darin, dass die Menschen darauf vertrauen könne, ohne Rücksicht auf ihren Geldbeutel angemessen und nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft versorgt zu werden.

■ 15. Also doch nur alter Wein in neuen Schläuchen?

Wenn man versucht, Bilanz zu ziehen, so kann eigentlich nicht mehr die Frage aufkommen, ob EbM nicht doch nur eine moderne Version älterer Bemühungen um eine gut fundierte und von schnö-

den wirtschaftlichen Interessen befreite Medizin darstellt. Angesichts der oben näher beschriebenen Grenzen der EbM und des weithin ausstehenden Nachweises, ob dieser faszinierende Ansatz tatsächlich sowohl die Versorgung qualitativ verbessern wie einen vernünftigeren Einsatz der Mittel im Gesundheitswesen ermöglichen kann, ist zunächst einmal sicher Bescheidenheit angesagt. Alle Bemühungen um mehr Rationalität in der Medizin müssen sich daran messen lassen, was messbar und erfahrbare in der Versorgungsrealität ist und bei den Patienten auch „ankommt“. Und es wäre sicher auch vermessen, den „Vor-EbM-Generationen“ zu unterstellen, sie hätten sich nicht um gute Standards der Medizin bemüht. Die Geschichte der Medizin ist voller Beispiele von wissenschaftlich fundierter Kritik an der Selbstzufriedenheit der ärztlichen Zunft. Umgekehrt finden sich für jede Generation, zum Teil für ganze Epochen, Beispiele unwirksamer und schädigender Behandlungsformen. Da man vermutlich selbst im Falle grotesker, inhumaner Eingriffe wie den verstümmelnden Cingulotomien (Frontalhirnzerstörung) zur „Behandlung“ der Schizophrenie (Sigusch 1977, Thierney 2000) nicht unterstellen kann, hier seien Sadisten am Werke gewesen, vielmehr häufig angesehene und von einem breiten Konsens der jeweiligen Fachwelt in der jeweiligen Epoche getragene Spezialisten, sind zwei Schlussfolgerungen besonders wichtig: Erstens sensibel zu sein für die Irrtümer von heute, zweitens alle verfügbaren Quellen und Methoden einzusetzen, tatsächlich die best verfügbare Evidenz für die Praxis zu nutzen. Der Blick in die Ausbildung der nächsten Generation der Ärzte und die Analyse der gegenwärtigen Reformbemühungen im Gesundheitswesen lassen leider vermuten, dass der systematischen Förderung von guten Standards in Klinik, Forschung und Lehre eben nicht die Aufmerksamkeit zuteil wird, die nötig und möglich wäre. Transparenz der Entscheidungen in der Medizin wird keineswegs im Alltag wie selbstverständlich praktiziert. EbM steht insofern tatsächlich für eine neue Kultur, die davon geleitet wird, das größt mögliche Maß an Sichtung, Bewertung und Veröffentlichung vorhandenen Wissens in der Medizin zu praktizieren. EbM bedeutet nicht, dass bisherige Bemühungen um gute Qualität unwichtig gewesen sind, und EbM kommt auch nur dann zur Entfaltung, wenn alle weiteren zentralen Elemente des Qualitätsmanagements mit bedacht werden. Wo starre Hierarchien vorherrschen, wo Menschen Angst haben, sich zu äußern, wo die Zusammenarbeit zwischen den Fachberufen nicht ständiges Thema ist, wo einseitige Informationsquellen die Regel sind, da kann sich die Welt von EbM nicht durchsetzen. Wo die Grundlagen für medizinische Entscheidungen aber transparent sind, wird umgekehrt auch gar nicht das eintreten, was gern den Verfechtern der EbM vorgeworfen wird: nämlich Verkündung absoluter Wahrheiten. Diese gibt es heute nicht und morgen nicht. Aber zwischen dem unsinnigen Anspruch auf absolute Wahrheiten und der reinen Beliebigkeit liegen Welten. Das Maß der Beliebigkeiten zu verringern und Transparenz für Ärzte und Patienten zu schaffen, dies ist das Aufgabenfeld der evidenzbasierten Medizin.

■ 16. Patentrezepte

Man kann EbM nicht für Probleme verantwortlich machen, die von ihr nicht gelöst werden können. EbM kann nicht die sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen der Versorgung außer Kraft setzen. EbM führt auch nicht automatisch zu Verhaltensänderungen bei Behandlern und Patienten. EbM erübrigt nicht ethische Entscheidungen und den Umgang mit Werten. EbM kann nicht das Ringen um die Optimierung des gesetzlichen Rahmens für eine Sozialversicherung ersetzen. EbM wird niemals außer Kraft setzen, dass Ressourcenverteilung in einer Gesellschaft Ausdruck von Aushandlungsprozessen ist. EbM kann mit Sicherheit auch nicht verhindern, dass die Einführung neuer medizinischer Technologien unter Wirtschaftlichkeits- oder Prestigeaspekten gelegentlich quer zum Gebot des sparsamen Umgangs mit Ressourcen und zur Leitidee der Sicherheit der Patientenversorgung steht. EbM kann auch nicht erzwingen, dass in der Öffentlichkeit über die Grenzen der Medizin gesprochen wird. Und EbM eignet sich grundsätzlich nicht als Mittel für Einsparungen. Dieser Eindruck kommt nur deshalb verständlicherweise immer wieder auf, weil EbM so viele ungesicherte Verfahren aufgedeckt hat und ihrem Wesen nach eine skeptische Wissenschaft ist. Aber jeden Tag kann EbM auch aufzeigen, dass echte Verbesserungen für die Versorgung möglich sind – und damit Druck auf die Finanzierungsseite ausüben. EbM ist alles andere als ein Instrument zur Vorenthaltung wirksamer Gesundheitsleistungen, um es einmal so zu formulieren. Wer anderes behauptet, muss Ross und Reiter nennen.

■ 17. Das Zeitalter der Patientenorientierung

Für den Autor steht außer Frage, dass durch die Ausdifferenzierung von wissenschaftlichen Verfahren, die empirisch belegte, nachvollziehbare Aussagen zur Wirksamkeit, zum Nutzen und zur Wirtschaftlichkeit der Medizin zulassen, die Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte medizinische Versorgung besser geworden sind. Die Ausbildung der Fachberufe des Gesundheitswesens kann davon ebenso profitieren wie die erforderliche kontinuierliche Fortbildung. Patienten können deutlich besser als früher in die Lage versetzt werden, den Untersuchungs- und Behandlungsprozess mit zu gestalten. Aus Patientensicht ist EbM eine wirkliche Kulturrevolution. Das Gesundheitswesen insgesamt profitiert davon, dass immer bessere Aussagen zu den Chancen und Grenzen der Medizin gemacht werden können, ebenso wie es unabweisbar und keinesfalls eine Schande ist, wenn deutlich wird, dass für weite Bereiche der Medizin heute (noch) keine hochwertigen Studien zu Wirksamkeit und Nutzen vorliegen. Problematisch ist lediglich ein unverantwortliches laissez-faire, nicht das Eingeständnis des immer begrenzten Wissens. Es ist zu hoffen, dass es eines Tages für Heranwachsende völlig selbstverständlich wird, mit Risiko- bzw. Wahr-

scheinlichkeitsberechnungen und dem kritischen Bewerten vorhandener klinischer Studien so umzugehen, dass dies den Charakter des Besonderen verloren hat. EbM ist aus der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung nicht mehr wegzudenken. Die Diskussion um die Evidenzbasierung der Disease-Management-Programme ist ein gutes Beispiel hierfür. Wer sich kein X für ein U vor-machen lässt, ist alles andere als ein seelenloser Zeitgenosse.

Literatur

- Abholz H H/Schmacke N (2000):** Ist mehr Rationalität mittels „bestvorliegender Evidenz“ ausreichend für die Gestaltung der vertragsärztlichen Versorgung? In: Arbeit und Sozialpolitik, 5-6, 10-16.
- Bekker H et al (1999):** Informed decision making: an annotated bibliography and systematic review. Health Technology Assessment, Vol 3, No.1.
- Berger M/Sawicki P/Schmacke N (2002):** Stichwort Diabetes, Bonn.
- Berger M/Mühlhauser I (2000):** Arzneimittelsicherheit - Wirksamkeit von Medikamenten muss auch nach Zulassung geprüft werden; in: Deutsches Ärzteblatt, 97: A 154-156.
- Coulter A (1999):** Paternalism or partnership? In: British Medical Journal, 319, 719-720.
- Domenighetti G/Grilli R/Maggi J R (2000):** Does provision of an evidence-based information change public willingness to accept screening tests? In: Health Expectations, 3, 145-150.
- Domenighetti G/Grilli R/Liberati A (1998):** Promoting consumer's demand for evidence-based medicine; in: Int J Technol Assess Health Are, Winter, 97-105.
- Epstein AE et al (1993):** Mortality following ventricular arrhythmia suppression by encainide, flecainide, and moricizine after myocardial infarction. The original design concept of the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST); in: Journal of the American Medical Association, 27, 2451-2455.
- Field M J/Lohr KN (1992):** Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington.
- Gerteis M et al (1993):** Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care. San Francisco.
- Gigerenzer G (2002):** Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin.
- Glaser B G/Strauss A L (1967):** The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago.
- Greenfield S/Kaplan S/Ware J E (1985):** Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes; in: Annals of Internal Medicine, 102, 520-528.
- Greenhalgh T/Hurwitz B (1998):** Narrative based Medicine. London.
- Greiser E/Günther J/Niemeyer M/Schmacke N (2000):** Weibliche Hormone - Ein Leben lang. Mehr Schaden als Nutzen? Bonn.
- Grilli R/Freemantle N/Minozzi S/Domenighetti G/Finer D (2000):** Mass media interventions: effects on health services utilisation. Cochrane Database Syst Rev, CD000389.
- Guyatt G/Rennie D (eds) (2002):** Users' Guides to the Medical Literature. The Evidence-Based Medicine Working Group. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice, Chicago.
- Institute of Medicine (1999):** To Err ist Human. Building a Safer Health System. Linda Kohn, Janet Corrigan and Molla Donaldson (eds., Committee on Quality of Health Care in America). Washington.
- Labisch A (2000):** Medizin als Wissenschaft – Medizin als Kunst? Medizin, Gesellschaft und Geschichte 2000, 19, 9-32.
- Medical Research Council (1965):** Clinical trial of the treatment of depression: Report to the medical research council by its clinical psychiatry committee; in: British Medical Journal, 881-886.
- Muir Gray J A (1997):** Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions; London.
- Preliminary report:** effect of encainide and flecainide on mortality in a randomized trial of arrhythmia suppression after myocardial infarction. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators (1989); in: N Engl J Med 321, 406-12.
- Reiser J (1993):** The Era of the Patient; in: Journal of the American Medical Association, 8, 253-256.
- Sackett D/Rosenberg W M C/Muir Gray J A/Haynes R B/Richardson W S (1997):** Evidence based medicine: what it is and what it isn't; in: British Medical Journal, 312, 71-72.
- Schmacke N (1997):** Ärzte oder Wunderheiler. Die Macht der Medizin und der Mythos des Heilens. Opladen.
- Sigusch V (1977):** Medizinische Experimente am Menschen. Das Beispiel Psychochirurgie. Beilage zum Argument-Sonderband 17, Berlin.
- Skrabaneck P (2000):** False premises and false promises. Taragon Press 2000.
- Stewart M A (1995):** Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review; in: Canadian Medical Association; 152, 1423-1433.
- Thierney AJ (2000):** Egas Moniz and the origins of psychosurgery: a review commemorating the anniversary of Moniz's Nobel Prize; in: Journal of the History of Neuroscience, 9, 22-36.
- Williams D D R/Garner J (2002):** The case against „the evidence“: a different perspective on evidence-based medicine; in: British Journal of Psychiatry, 180, 8-12.
- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002):** Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial; in: Journal of the American Medical Association, 288, 366-368.

DER AUTOR



Norbert Schmacke (Jg. 1948).

Seit Juli 1999 Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband in Bonn. Internist und Gesundheitswissenschaftler. Nach klinischer Ausbildung und langjähriger Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst Bremens 1994 bis 1999 Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Hochschullehrer am

Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen. Aktuell Vorsitzender des Arbeitsausschusses Disease Management Programme des Koordinierungsausschusses, alternierender Vorsitzender des BUB-Ausschusses des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.