

Evidence-based Medicine – Schreckgespenst oder willkommene Methode zur Reformation des medizinischen Wissens?

L. Dubs

Selbstzufriedenheit

Über die Ökonomen ist unter vorgehaltener Hand bekannt: Sie kennen die Kosten von allem, jedoch den Wert von nichts! – Von uns Ärzten wird in erster Linie erwartet, dass wir den Nutzen (Wert) kennen. In Kostenfragen gelten wir bekanntlich ohnehin als unzurechnungsfähig. Wie steht es denn mit unserem Wissen über den Nutzen?

Unser medizinisches Wissen basiert auf naturwissenschaftlich erforschten Wirkungstheorien und wird durch persönliche Erfahrungen im Laufe der Jahre ergänzt. Die Ergebnisparameter sind sehr unterschiedlich: Laborwerte wie Blutzucker, Cholesterin, Digoxinspiegel haben in der Inneren Medizin Gültigkeit wie Winkel, Millimeter, Röntgenkriterien in der Orthopädie oder histologische Klassifikationen in der Onkologie. Die Veränderung der Messparameter durch Interventionen werden in einer naturwissenschaftlich denkenden Medizin verständlicherweise mit Patientennutzen gleichgesetzt. So leben wir selbstzufrieden mit der Wissensbasis von diesbezüglichen Erfahrungsberichten und Fallseriestudien.

Beispiel «vordere Kreuzbandruptur»

Die häufigen Fallseriestudien werden oftmals dazu verwendet, einen Wirkungs- oder Nutznachweis zu erbringen. Nehmen wir das Beispiel einer vorderen Kreuzbandruptur. Ist diese Diagnose einmal gestellt, sprechen wir von Schlottergelenk und Arthroserisiko, raten zur Operation, führen diese durch, behandeln

physiotherapeutisch weiter und führen den Patienten bestmöglich wieder in den Sport zurück.

Unsere Nachkontrolle ergibt dann z. B. eine Verbesserung des Score-Wertes von 41 nach dem Unfall bis auf 85 zwei Jahre nach Operation (max. 100 Punkte). Der Patient ist zufrieden und würde sich in gleicher Weise wieder operieren lassen, wie wir anlässlich der Nachkontrollen erfahren. In ähnlicher Manier sammeln wir die ersten 50 Fälle und stellen wiederum erfreut fest, dass die Score-Werte summarisch haben verbessert werden können und raten deshalb den künftigen Patienten zur Operation, da unsere Werte dieser Fallserie mit der Weltliteratur deckungsgleich sind.

Solange wir nicht wissen, dass wir mit diesem Verhalten einer Serie von systematischen Denkfehlern («biases») aufgesessen sind, fühlen wir uns in unantastbarer Sicherheit. Wer sich hingegen eines zeitgemässen, logischen Zu-Ende-Denkens befeisst, muss sich auch andere Fragen stellen. Wie ist die «natural history» einer vorderen Kreuzbandruptur? Welche Kriterien sind prognoserelevant («confounding bias»), was heisst Score-Wert-Verbesserung («score bias», Surrogatrugschluss), sind meine Patienten mit denjenigen einer anderen, kürzlich publizierten Studie vergleichbar («selection bias»), sind die Resultate mit Bezug auf den Unfall oder mit Bezug auf die Operation gemessen worden («lead-time bias»? – Kann der Patient überhaupt wissen, ob er wegen der Operation oder wegen des natürlichen Heilungsverlaufes zufrieden wurde?

Neue Bescheidenheit

Um diese Fragen beantworten zu können, müssen wir in der bisherigen Weltliteratur das Vorhandensein solcher Biases überprüfen. Wir halten auch Ausschau nach guten Studiendesigns wie z. B. den randomisierten, kontrollierten Studien, den Kohortenstudien oder den Fallkontrollstudien, welche in der Lage sind, Kausalität und Nutzen nachzuweisen. Oftmals stellen wir dann ernüchtert fest, dass es an gut durchdachten Studien mangelt und viele Aussagen, wie sie in den Fallseriestudien getätigt werden, gar nicht gemacht werden dürfen.

Wenn jemand aus der Praxis sich so kritisch äussert, verdankt er dies den Grundkenntnissen und der Auseinandersetzung mit der klinischen Epidemiologie oder Evidence-based Medicine (EBM). Die an vielen praktischen Beispielen immer wieder erlebten Aha-Momente führen mit der Zeit zu einer Restrukturierung des Wissens und auch zu einer neuen Lust, medizinische Literatur genauer anzuschauen. Zwangsläufig kommt man in den Zustand einer neuen Bescheidenheit und einer neuen Aufmerksamkeit bezüglich der Patientenrealität. Es wundert somit nicht, dass die EBM-Entwicklung neue Ängste schürt. Häufig hört man als erste Frage: «Was soll der Quatsch?» EBM kann nicht in einem einstündigen Vortrag vermittelt werden, man muss sie z. B. in der

Korrespondenz:
 Dr. med. Luzi Dubs
 Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie
 Merkurstrasse 12
 CH-8400 Winterthur
 E-mail: dubs.luzi@bluewin.ch

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) führt folgende Seminare zum Thema «Evidence-based Medicine» durch.

Termin	Thema	Kursleitung
5.-7. Oktober 2000	Evidence-based Medicine	Dr. med. Luzi Dubs
22.-24. Februar 2001	Evidence-based Medicine	Dr. med. Luzi Dubs

Nähere Angaben unter <http://www.wig.ch>

Klausur eines zwei- bis dreitägigen Kurses persönlich erleben und erfahren. Wer sich an beliebigen Beispielen auch aus hochkarätigen Instituten und Zeitschriften vor Augen führen kann, mit welchen Fallstricken unsere oftmals als Wunschdenken zu bezeichnende Wirksamkeitsnachweise armiert sind, wird nachhaltig sein Denken in eine Neuordnung bringen wollen. Nebst der Aussagekraft von Interventionsstudien kann auch gelernt werden, welche Art von Diagnostik wann und bei wem Sinn macht. Informationsgewinn durch Diagnostik lässt sich heute angenehm und mühelos recht gut berechnen.

Nutzenforschung

Solche Kurse im «critical appraisal» und in klinischer Epidemiologie werden seit Jahren in der Schweiz angeboten, entstanden sind sie als «Einsiedler Kurse» unter Aufbauarbeit von Johannes Schmidt, Heiner Bucher und Johann Steurer. Seit diesem Jahr sind sie ins Programm des Winterthurer Institutes für Gesundheitsökonomie (WIG) an der Zürcher Hochschule Winterthur als Weiterbildungsseminare übergegangen. In diesen Kursen wird das Schwergewicht auf die praxisnahe Arbeit in der patientenorientierten Nutzenforschung gelegt. Die ersten drei Seminare dieses Jahres haben jeweils eine ermunternde und erfreuliche Resonanz gezeigt.

Das Basiswissen in klinischer Epidemiologie sollte in absehbarer Zeit zum Gold-Standard der ärztlich intellektuellen Kompetenz gehören. Letztlich ist es eine zentrale Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte, sich an vorderster Front in der Nutzenforschung zu engagieren. Über die Möglichkeiten, sich in diese Materie einzuarbeiten, orientiert die Information des WIG (siehe Kasten).