

Nutzen und Grenzen der Evidence Based Medicine

Dr. med. Luzi Dubs, Winterthur

Die Evidence Based Medicine (EbM) soll eine Denkschule sein, um den eigentlichen Patientennutzen zu beschreiben, zu berechnen und zu bewerten. Ein Grossteil des medizinischen Wissens basiert auf Hypothesen, welche im naturwissenschaftlichen (Zerteilungs-)Denken kartesischer Prägung entstanden sind. Die EbM begleitet den Schritt von der Hypothese zur Wahrheit, wobei sie sich bewusst ist, dass es in der Medizin keine Wahrheit gibt, sondern stets versucht werden muss, dieser näherzukommen. Das systematische, kritische Hinterfragen der Literatur mit der wissenschaftlichen Methode der klinischen Epidemiologie ist nicht nur eine ethische Herausforderung, sondern auch eine ärztliche Verpflichtung, um systematische Denkfehler (Biases) aufzudecken und somit die Patienten vor einem vorgetäuschten Nutzen zu schützen.

Am Beispiel der Osteoporose wird mit den Grundbegriffen der EbM sowohl aus Sicht der Diagnostik, als auch bei der Beurteilung der therapeutischen Interventionen der Frage nachgegangen, ob dieses Krankheitsbild eine klinische Relevanz erlangt hat und ob die therapeutischen Konzepte bei der Berechnung der Wirkungsgrössen zu überzeugen vermögen. Beim Blick hinter die Kulissen der Fachliteratur ist die Erlangung einer methodischen Parkettsicherheit erforderlich, welche nur in konsequenter Schulung und Übung erlangt werden kann.

In der Beurteilung einer diagnostischen Fragestellung ist oftmals die Kompetenz in der Erstellung einer Vierfeldertafel zur Berechnung der Krankheitswahrscheinlichkeiten, der Testeigenschaften und des Informationsgewinns durch den Test eine Grundvoraussetzung. Die gesuchten Endpunktvariablen (unerwünschte Ereignisse) müssen klinisch relevant sein, d.h., der Unterschied zwischen der Organometrie (Klassifikation der Organschädigungen analog ICD mit ihren Surrogatparametern) und der Klinimetrie (Klassifikation der patientenrelevanten Fähigkeitsstörungen) muss bekannt sein und berücksichtigt werden.

In der Beurteilung einer therapeutischen Fragestellung sind die Validität einer Studie in der Run-In-Phase, die Wahl der Intervention in der Kontrollgruppe und ebenfalls die klinische Relevanz der Endpunkte massgebend, um letztlich die Wirkungsgrössen wie absolute Risikoreduktion und „Number needed to treat“ berechnen zu können. Leider wird dieses wertvolle Hilfsmittel zur anschliessend möglichen Kosten-Nutzen-Berechnung nur sehr selten eingesetzt, da der Unterschied zwischen klinischer Relevanz und statistischer Signifikanz zu wenig bewusst ist. Oftmals werden (dank hoher Fallzahlen) statistisch signifikante Resultate von klinisch nicht relevanten Ergebnisunterschieden vermeldet und somit ein Fortschritt angekündigt.

Der Weg zur Verbreitung der EbM ist steinig. Die augenscheinliche Unbedarftheit grosser Teile der Ärzteschaft, welche sich in der methodischen Kompetenz noch zu häufig analphabetisch gebärdet und sich der kritischen Hinterfragung ihres Tuns nicht zu befehligen bereit ist, ermöglicht der Medizinindustrie immer wieder, Patientennutzen auch bei den Anwendern vorzutäuschen. Da in der Regel nur gemessen und bezahlt wird, was getan wird, liegen alle Anreize beim Interventionismus. Überdiagnostik und Übertherapie sind Tür und Tor geöffnet, speziell wenn man damit rechnen kann, dass das gute Resultat am Schluss nicht wegen, sondern trotz der Intervention zustande gekommen ist.