

# Evidence based Medicine und Rationierung

**Müssen Ärzte befürchten, bald zu Verwaltern einer rationiert eingesetzten, korrekten Medizin degradiert zu werden? Nein, meint der Autor. Sofern sie es verstehen, die Methoden der Evidence based Medicine als Instrument zu nutzen, um Patienten den Verzicht auf unnötige Massnahmen schmackhaft zu machen und so eine produktive «Rationierung am Krankenbett» zu ermöglichen.**

JOHANNES G. SCHMIDT

Von *Rationierung* spricht man, wenn zu knappe Güter nach einem Rationierungsschlüssel gerecht verteilt und damit gelegentlich auch vorenthalten werden. Rationierung (von lateinisch «ratio») hat aber wohl auch die Bedeutung: Verhältnismässigkeit und Vernunft herstellen. Ich glaube, dass viele Menschen spüren, ohne es formulieren zu können, dass die wachsenden Kosten nicht mit einem spürbaren Nutzen und einer wirklichen Zufriedenstellung einhergehen. Viele spüren, dass die Medizin unverhältnismässig geworden ist. Als Folge hat in der klinisch-praktischen Medizin die Klinische Epide-

miologie unter dem Namen *Evidence based Medicine* (EBM) Aufmerksamkeit erlangt<sup>1</sup>, und auf der politisch-ökonomischen Ebene hat eine Rationierungs-Diskussion eingesetzt.

## **Evidence based Medicine kennt nicht *eine* korrekte Medizin**

Evidence based Medicine wird manchmal definiert als Beurteilung der medizinischen Weltliteratur nach einheitlichen internationalen Kriterien. Sie soll zu einer klaren, vernünftigen und gewissenhaften Anwendung medizinischen Wissens für Entscheidungen beim individuellen Patienten und zur Integration externer Evidenz und individueller klinischer Erfahrung führen. So bekommt Evidence based Medicine beinahe das Gesicht einer neuen medizinischen Korrektheit, die sich mit der Literatursuche per Computer auf dem neuesten Wissensstand hält. Es scheint dann, als ob die international festgelegte, korrekte Medizin nun aufgrund begrenzter Gelder oder der Unwilligkeit, zu bezahlen, nach noch festzulegenden Regeln zu rationieren wäre. Der Arzt wird zum Verwalter der rationiert eingesetzten korrekten Medizin. Wenn wir Ärzte einer solchen Perspektive nichts entgegenzusetzen wissen, könnte Evidence based Medicine in der Tat zu einem Instrument werden, das eher eine Gefahr für die medizinische Kreativität und Leistungsfähigkeit darstellt.

Evidence based Medicine ist im

Grunde aber eine *neue Art der Wissensbeurteilung in der Medizin*, die auf dem so genannten *Critical Appraisal* (kritisches Hinterfragen der Validität von Studien) aufbaut. Die EBM fragt nach der Relevanz, der Gültigkeit und der Vollständigkeit des vorhandenen Wissens und weiss, dass Wirkung und Nutzen in der Medizin sehr oft unklar sind. EBM ist auch eine Methode, welche ein unproduktives Medizinverständnis überwinden hilft, das vorschnell

**«Viele spüren, dass die Medizin unverhältnismässig geworden ist.»**

Massnahmen anpreist. Genaue und systematische Analysen der Literatur sind ein sehr wichtiges Mittel [1] der EBM, aber im Grunde bedeutet sie zuerst einmal die Kunst des genauen Fragens. Gibt uns das vorhandene Wissen die Sicherheit, dass wir dem Patienten nützen? Welche Art Wissen brauchen wir dazu genau?

So wissen wir heute, dass sich durch eine Knorpeltransplantation eine Gelenksknorpel-Verschönerung erzielen lässt. Das entscheidende Wissen aber, ob die Fähigkeiten des Patienten dadurch besser werden oder ob gar Komplikationen des Eingriffs überwiegen, haben wir nicht. Unser hergebrachtes medizinisches Denken verlangt, pathologische Erscheinungen zu beseitigen, meist mit der Rechtfertigung, möglichen Komplikationen vorzubeugen, oft einfach aus einem kulturellen Reflex: Das Kranke oder potenziell Böse muss weg. Die technisch immer perfekte-

<sup>1</sup> Die zunehmende Anerkennung zeigt sich zum Beispiel darin, dass in Basel derzeit das erste universitäre Institut für Klinische Epidemiologie eröffnet wird (Vorsteher: Heiner Bucher).

ren Methoden erlauben dabei eine fast ungehinderte «Mengenausweitung». Die Klinische Epidemiologie bezeichnet solch überholte medizinische Logik als Surrogat-Trugschluss und verlangt gute Daten über die *Natural History* und gültige Beweise, dass Eingriffe den natürlichen Verlauf überhaupt verbessern.

Ich habe heute eine Reihe von Patienten, die ohne die dringend angeratenen Hernienoperationen schon seit Jahren sehr gut leben und glücklich sind, dass sie über die unklare Evidenz-Lage aufgeklärt worden sind. Soll der Verzicht auf eine Hernienoperation (bei erträglicher Symptomatik) nun in einem Rationierungskatalog festgeschrieben werden? Ob man sich, in aufgeklärter Kenntnis der unklaren Evidenzlage, für oder gegen eine Operation entscheidet,

**«EBM kann uns Ärzte ermutigen, die Sicherheit einer einheitlichen Berufsmeinung dort aufzugeben, wo sie unsere Leistungsfähigkeit heute behindert.»**

hängt meiner Meinung nach auch ab vom Temperament beziehungsweise davon, ob man es gewohnt ist, abwarten zu können oder handeln zu müssen.

Neben der wichtigen Funktion, die gut belegten, nützlichen medizinischen Massnahmen zu identifizieren, führt EBM also zur ebenso wichtigen Entzauberung vermeintlichen medizinischen Wissens und zur Relativierung der Fiktion, dass es *eine* korrekte Medizin gebe. Produktiver ist es, wenn wir uns besinnen, dass wir eine pluralistische Gesellschaft mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Präferenzen sind. EBM kann uns Ärzte stärken und ermutigen, die «Sicherheit» einer einheitlichen Berufsmeinung dort aufzugeben, wo sie unsere Leistungsfähigkeit heute mehr behindert als unterstützt.

In der Praxis geht es letztlich um ein

Abwägen von in ihrem Nutzen oft unsicheren Optionen und um die Zufriedenheit des Patienten. Präferenzen und Denkmuster der Patienten bestimmen unverkennbar mit, ob eine Behandlung Erfolg hat. In der Wissenschaft haben gute Methodiker [2] schon immer darauf hingewiesen, dass wir im Einzelfall nie mit Sicherheit wissen, was richtig ist, denn auch die besten Studien liefern nur Durchschnittsergebnisse; zudem ist die heutige Forschung einseitig und heillos von Medikamenten-Studien dominiert. Ein wesentliches Anliegen der Evidence based Medicine ist die klinische Relevanz und Nachhaltigkeit einer Massnahme. Irrelevante Massnahmen (gemessen an der absoluten Risiko-Differenz) machen noch keine Evidence based Medicine aus, auch wenn valide kontrollierte Studien vorliegen (die heute dennoch unter dem Schlagwort «Evidence based Medicine» vermarktet werden).

**Verzicht aus (Ein-)Verständnis**

In der Praxis wird der Entscheid für oder gegen eine medizinische Massnahme sehr stark vom wahrgenommenen Nutzen bestimmt und damit von der (ärztlichen) Kommunikation des Nutzens [3]. In diesem Sinne glaube ich, dass die beste «Rationierung» am Krankenbett erfolgt, indem wir Ärzte immer die Verhältnismässigkeit der medizinischen Option darstellen und dem Patienten so in vielen Fällen einen Verzicht «schmackhaft» machen. Viele Ärzte spüren, dass manches in der heutigen Medizin nutzlos oder ineffizient ist und ohne gesundheitlichen Nachteil eingespart werden könnte. Die EBM hilft ihnen, zu erkennen, wo dieses Einsparpotenzial liegt.

Englische Allgemeinpraktiker berichteten in der Zeitschrift «Evidence-Based Medicine», dass das kritische Hinterfragen der Evidenz, das sie im Kurs in Oxford gelernt hatten, sie befähigte, auf menschliche und effektive Art einem Patienten die relative Nutzlosigkeit einer teuren Therapie auseinander zu setzen und ihm nachvollziehbar zu machen, dass die Therapie zwar angepriesen werde, aber keinen wirkli-

chen Patientennutzen habe. Ob solchem Engagement kann ein Patient zufrieden seinen ursprünglichen Wunsch aufgeben. Ohne gewisse Kenntnisse über die Beurteilungsgrundlagen der Evidence based Medicine hätten die Allgemeinpraktiker hingegen nur mit den ablehnenden Richtlinien der Gesundheitsbehörde argumentieren können, was Patient

**«Die Behandlungsgrenze kann mit dem Patienten verhandelt werden, wenn wir einen Weg finden, die Relevanz einer Behandlung nachvollziehbar zu machen.»**

und Arzt unzufrieden gelassen hätte [4]. Auch eine Umfrage bei Teilnehmern der Kurse «Zeitgemässe Beurteilung medizinischer Evidenz» (früher Einsiedeln, heute Winterthur<sup>2</sup>) zeigte Änderungen im ärztlichen Verhalten, welches nach Ansicht der Befragten zu Einsparungen von Abklärungs- und Behandlungskosten in ihrer Praxis geführt hat als Resultat der gewonnenen Fähigkeiten, Nutzen genauer beurteilen zu können.

**Verständnis von Verhältnismässigkeit**

Evidence based Medicine lehrt uns, dass Nutzen und Behandlungsbedürftigkeit in Frage stehen, wenn ein geringes Vorbehandlungs-Risiko besteht. Es ist inzwischen schon sprichwörtlich, dass die medikamentöse Senkung eines «normalen» Cholesterins weit wirksamer und nützlicher sein kann als die Senkung eines «hohen» Cholesterins, weil der Nutzen direkt mit dem Vorbehandlungs-Risiko zusammenhängt. Nierschlag gefunden hat diese pragmatische Nutzensicht zum Beispiel in den *Sheffield-Tafeln* [5], die davon ausgehen, dass etwa ab einem Infarktisiko von 3 Prozent pro Jahr

<sup>2</sup> Genauere Angaben zu diesen Kursen finden sich im Veranstaltungskalender in diesem Heft.

eine Behandlung sinnvoll ist. Wenn das Risiko von 3 auf 2 Prozent reduziert wird, ist die Zahl der zu behandelnden Personen, um einen Infarkt zu verhindern, gleich 100 (*Number needed to treat*).

Vielleicht plastischer als diese Number needed to treat von 100 ist aber oft die Information, dass der Patient durch eine Lipidsenker-Behandlung mit einer Chance von 90 Prozent in den nächsten 5 Jahren ohne Infarkt gesund bleiben könnte, dass diese Chance aber auch ohne Behandlung 85 Prozent betragen würde. Hier sieht man, dass die Behandlungsgrenze willkürlich ist und mit dem Patienten «verhandelt» werden kann, wenn wir einen Weg finden, die Relevanz einer Behandlung nachvollziehbar zu machen. Die Patienten sind heute desinformiert und haben an die Schädlichkeit eines hohen Cholesterins zu glauben gelernt. Wir können ihnen sagen, dass die Medizin (mit EBM) inzwischen gelernt hat, dass es ein normales und hohes Cholesterin gar nicht gibt, sondern nur eher seltene Patientensituationen, in denen das Cholesterin eine Rolle zu spielen beginnt. Gesunde Menschen mit einem «hohen Cholesterin» sind oft erleichtert und dankbar, zu erfahren, dass sie praktisch gleich gesund sind wie mit einem «normalen» Cholesterin. Dies ist eine lohnende «Rationierung am Krankenbett», welche Verhältnismässigkeit herstellt und die Belanglosigkeit gewisser medizinischer Massnahmen zeigt.

(Rationierungs-)Gremien können bei dieser freiwilligen Form der «Rationierung am Krankenbett» einen produktiven Beitrag leisten, indem sie im Sinn eines Vorschlags erarbeiten, bei welcher Number needed to treat (natürlich auf Umstände und Massnahme bezogen) man von einer eher unsinnigen oder sinnvollen Intervention sprechen soll. Fokusgruppen könnten einen guten Weg darstellen, die «Verhältnismässigkeit» einer Intervention und das Verhältnis von Nutzen, Nachteilen und Inkonvenienzen zu ergründen und begreifbar zu machen [3]. In der Praxis sind wir froh, wenn solche Fragen breiter diskutiert werden und allgemeingültigere Antworten entstehen,

denn es fällt den meisten Menschen leichter, das zu tun, was andere ebenfalls tun. Solche Richtlinien sind dann eine Orientierungshilfe ohne Verordnungscharakter.

Ein weiteres Beispiel einer Massnahme der heutigen Medizin, für die im Gegensatz zu den Lipidsenkern nicht einmal eine systematische Evidenz für eine koronarpräventive Wirkung vorliegt, ist etwa die Behandlung der vielen «Hypertoniker» mit belangloser Hypertonie bei ei-

### «(Rationierungs-)Gremien können bei dieser freiwilligen Form der Rationierung am Krankenbett einen produktiven Beitrag leisten.»

nem niedrigen Vorbehandlungsrisiko. Zu erwähnen sind auch Checkups und die vielen ungezielten Abklärungen, welche keinen wesentlichen Unterschied zwischen Vortest- und Nachtestwahrscheinlichkeit und keine Hinweise auf wirklich nützliche therapeutische Konsequenzen liefern [6]. Auch hier braucht es vielleicht (Rationierungs-)Gremien, die zuerst sich und dann grösseren Gruppen begreiflich machen, dass es «normale» und «pathologische» Resultate gar nicht gibt, sondern nur Wahrscheinlichkeiten, die von der Patientenanamnese oft mehr bestimmt werden als vom Untersuchungsergebnis.

#### **EBM und Rationierung: Chance oder Gefahr?**

In der heutigen Kultur fällt unnützer Aktivismus leichter als besonnenes Zuwarten. Ich vermute, dass wir ohne eine gelasseneres Risiko-Akzeptanz unfähig bleiben werden, die Probleme der Medizin auf produktive und menschliche Art zu lösen. Evidence based Medicine kann uns unterstützen, eine befriedigende Arzt-Patient-Kommunikation im Zeichen des Abbaus unnötiger und übertriebener medizinischer Massnahmen voranzubringen. Viele Kol-

leginnen und Kollegen leiden heute darunter, dass ihre engagierte Arbeit durch Anpreisungen immer neuer, in ihrem Patientennutzen kaum überprüfter, medizinischer Massnahmen behindert wird. Es ist zu erwarten, dass dieser Leidensdruck zunehmen und die intellektuelle Auseinandersetzung mit den Methoden der Evidence based Medicine und damit die Überwindung überholter Nutzensauffassungen fördern wird. Geschieht dies nicht, könnten Evidence based Medicine wie die Rationierung auch als Mittel missbraucht werden, das medizinische Leistungsangebot auf die vorwiegend medikamentösen Behandlungen zu reglementieren, für die kontrollierte Studien vorliegen und für die eine Lobby besteht. ■

**Autor:**

**DR. MED. JOHANNES G. SCHMIDT**  
Allgemeinpraxis und  
Klinische Epidemiologie  
Praxiszentrum Meinradsberg  
Stiftung Paracelsus heute  
Einsiedeln  
E-Mail:  
schmidt@paracelsus-heute.ch

#### Literatur:

- Schmidt JG.: Brustkrebsfrüherkennung: Die Sicht der Evidence-based Medicine. Schweiz Med Forum 2001; im Druck (10. Oktober).
- Feinstein AR.: Why do we need clinical epidemiology? A practice-oriented clinical science. In: Schmidt JG, Steele RE, eds. Kritik der medizinischen Vernunft: Schritte zu einer zeitgemässen Medizin – Ein Lesebuch. Verlag Kirchheim, Mainz 1994: 233–243.
- Matter-Walstra K, Hoffrage U: Individuelle Entscheidungsfindung am Beispiel der Brustkrebsfrüherkennung – Erfahrungen aus Fokusgruppen in der Schweiz. Managed Care 2001, Nr. 3: 26–29.
- Lipman, Rogers, Jones Elwyn: Evidence-based medicine in primary care: some views from the 3rd workshop on teaching evidence-based medicine. Evidence-Based Medicine 1997; 2: 133–134
- Sheffield table for primary prevention of CHD. Lancet 1996; 348:1352.
- «Medizinische Diagnostik: Information und Aberglaube oder was fragen Sie Ihren Arzt?» Patient sein heute Ausgabe 8/9, Stiftung Paracelsus heute 1999.