

Bewertung von Therapien

„Korridor der Vernunft“

Gibt es die faire Methode, Wirksamkeit wissenschaftlich korrekt nachzuweisen und zugleich den Pluralismus in der Medizin zu erhalten?

Das Centre for Evidence-based Medicine in Oxford kennt eine ganze Hierarchie der Evidenzstufen, angefangen von der klinischen Erfahrung „angesehener Autoritäten“ bis hin zu aufwendigen randomisierten Studien. Die werden noch getoppt von Metaanalysen, dem Gipfel der Evidenz. Wenn in Deutschland von evidenzbasierter Medizin die Rede ist, dann zumeist nur von den beiden obersten Stufen der Hierarchie, den randomisierten kontrollierten Studien (RCT) und den Reviews solcher Studien. EbM dieser Art, nicht zu verwechseln mit EBM, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab kassenärztlicher Leistungen, jene Oberstufen-EbM also, scheint das Gesundheitswesen erobert zu haben. Gesundheitspolitiker jeder Couleur tragen sie als Monstranz vor sich her. Der Hamburger Statistiker Prof. Dr. rer. pol. Karl Wegscheider nennt den Grund: Mit einer solchen Wirksamkeitsbewertung werde vor allem in Deutschland vielfältig die Hoffnung verbunden, „man könne damit in einem quasi-automatisierten fairen Bewertungsverfahren die unwirksamen oder weniger wirksamen Therapien identifizieren“. Wenn das so wäre, könnte man „durch Herausnahme dieser Therapien aus der Kostenerstattung die therapeutische Versorgung verbessern und überdies das Gesundheitswesen wirtschaftlicher gestalten“. Das seien doch zwei hehre Ziele, gegen die nun wirklich niemand etwas haben könne, fügt Wegscheider ironisch hinzu.

Der Statistiker referierte bei einem Symposium des Dialogforums „Pluralismus in der Medizin“, das am 23. und 24. November in Berlin stattfand. Die

Träger dieses Dialogforums versuchten nun schon zum zweiten Mal (*siehe Kasten*) einen Brückenschlag zwischen Schulmedizin und Komplementärmedizin. Mit einigem Erfolg, erwiesen sich doch die Vertreter der Komplementärmedizin als methodisch so ausgefuchst, dass jeder wissenschaftlich interessierte Schulmediziner seine helle Freude daran gehabt hätte. Ein solcher bemerkte denn auch am Rande der Tagung, er wundere sich geradezu, „wie sich die Alternativmediziner in die Methodik verbeißen“.



Das Verhältnis von Schulmedizin und alternativen Konzepten war DÄ-Titelthema in Heft 19/2004. Der Beitrag löste eine lebhafte Diskussion aus.

So überraschend ist das jedoch nicht, wird den Vertretern der Komplementärmedizin doch seit jeher vorgeworfen, ihre Therapien nicht wissenschaftlich korrekt nachweisen zu können. Der Vorwurf war lange berechtigt, wenn es auch gelegentlich ambitionierte Untersuchungen, so etwa zur Misteltherapie, gegeben hat. Die methodische Abstinenz hatte ihre Gründe, Alternativmediziner stützen sich wesentlich

auf ihre persönlichen Erfahrungen, im Vordergrund steht der Erfolg beim einzelnen Patienten, und der wird nicht zuletzt auch von den persönlichen Erwartungen sowohl des Arztes als auch des Patienten beeinflusst.

Chiffren der Methodiker: EbM, RCT und CbM

Und nun der Schwenk ins Methodische? Ja – wenn unter Methodik nicht allein randomisierte kontrollierte Studien verstanden werden. RCT wurden während des Symposiums vielmehr kritisch beleuchtet, wenn auch nicht abgelehnt. Daneben wurde die Erforschung von Patientenpräferenzen proklamiert und vor allem die Cognition-based Medicine (CbM) in den Vordergrund gestellt. So geriet dieses Symposium ungewollt zu einer Lehrveranstaltung über wissenschaftliche Methoden, die Wirksamkeit von Therapien nachzuweisen. Um es gleich zu sagen: Die allein selig machende Methode gibt es nicht, EbM und CbM haben jeweils ihre Vorzüge und ihre Pferdefüße.

CbM berücksichtigt singuläres Kausalerkennen, das „Evidenzerlebnis“, wie es Wegscheider ausdrückte. Es handelt sich um einen beschreibenden Forschungsansatz, in den vielfältige Einflussfaktoren eingehen können, wie etwa Patientenpräferenzen. Diese seien oft derart ausgeprägt, dass sie in randomisierte Studien keinen Eingang finden könnten, bemerkte der Diplom-Statistiker Rainer Lüttke von der Carstens-Stiftung für Naturmedizin in Essen. Dem pflichtete Dr. med. Helmut

Kiene (Institut für angewandte Erkenntnistheorie und medizinische Methodologie, Freiburg/Bad Krozingen) bei. Er sprach sich für eine Synthese verschiedener Evidenzen aus. Wegscheider forderte Pluralismus in der Therapieevaluation. Es gebe nämlich kein Studiendesign, das faire Vergleiche gleichsam garantiere. Pluralismus indes entstehe im Diskurs. Folglich verwandte sich Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen für eine intelligente diskursive Statistik, um den Unterschieden zwischen wissenschaftlichen Ergebnissen und der Behandlungsrealität auf die Spur zu kommen. Müller-Oerlinghausen, als Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gewiss ein Schulmediziner, räumte ein, dass Wissenschaft in der Medizin nicht allein Naturwissenschaft bedeute. Der Mensch habe auch eine spirituelle Dimension.

Wie praxisfern ist EbM?

Der EbM warfen die Kritiker vor, Therapien seltener Krankheiten zu vernachlässigen, weil sie sich nicht rechnen. Randomisierte Studien seien teuer. Deshalb seien die Beobachtungszeiten auch so kurz und die Patientengruppen zu klein und zudem hoch selektiert. Die reale medizinische Versorgung und schon gar nicht die Primärversorgung würden somit kaum widerspiegeln. Kurz: Evidenzbasierte Medizin mittels randomisierter Studien sei praxisfern. Kiene betonte, dass die wissenschaftli-

che Realität EbM und RCT bevorzuge. Untersuchungen komplementärer Therapien schädeten hingegen dem wissenschaftlich guten Ruf. Diese Einschätzung wurde von den Zuhörern des Symposiums vielfach geteilt.

Wichtig für Erstentscheidung in Standardsituationen

Die beschriebenen Einschränkungen der EbM seien längst bekannt, wandte der Sozialmediziner Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe, Lübeck, ein. Die A-Medizin (Raspe unterschied zwischen A- und B-Medizin, wo andere von Schul- und Komplementärmedizin sprachen) habe selbst dazu geforscht. Doch EbM schaffe Handlungswissen, brauchbare Regeln für die Erstentscheidung in Standardsituationen. Sie vernachlässige allerdings qualitative Fragen. CbM liefere keine Wirksamkeitsnachweise, sondern zeige Wirksamkeitspotenziale auf, und sie könne „starke Theorien durch empirische Daten absichern“.

CbM erscheint also geeignet, EbM zu ergänzen. Dieser Meinung war auch Dr. med. Gunver S. Kienle (aus demselben Institut wie Kiene). Das heiße allerdings, „dass dann die ganze Latte von komplexen Kriterien therapeutischer Kausalität beleuchtet werden muss“. Sie ließ offen, ob ein solcher forscherscher Aufwand unter Kosten-Nutzen-Aspekten praktikabel ist und wer ihn finanzieren soll.

In EbM gingen doch schon längst auch Kriterien der CbM ein, kritisierte

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter Ollenschläger (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) die Kritiker. Tatsächlich definiert das Cochrane-Zentrum, dieser Hort evidenzbasierter Medizin, EbM als „Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung“. Teilnehmer des Symposiums befürchteten indes, bei EbM habe der einzelne Arzt keine Chance, seine eigenen Erfahrungen einzubringen. Dr. med. Harald Matthes, der anthroposophische Medizin praktiziert, warf den Leitlinien-Kommissionen vor, sich kaum über komplementäre Methoden zu informieren.

Leitlinien – nicht Kochbuch, sondern Partitur

Der Wert von Leitlinien wurde bei der Berliner Veranstaltung ohnehin vom Auditorium zurückhaltend beurteilt, während Referenten zu vermitteln versuchten. So etwa der bekennende Schulmediziner Dr. med. Michael Deridder mit dem witzigen Vergleich, Leitlinien seien „weniger Kochbuch als musikalische Partitur“, sie erzögen zu diszipliniertem Denken. Müller-Oerlinghausen sieht sie als „Korridor der Vernunft“.

Wie aber werden Schul- und Komplementärmedizin in der Bevölkerung gesehen? Prof. Dr. med. Stefan Willich, Epidemiologe an der Charité, wartete mit überraschenden Zahlen auf: 83 Prozent der Patienten nehmen komplementäre Therapien in Anspruch „um Hoffnung zu haben“, gleichfalls 83 Prozent, um zur Therapie selbst aktiv beitragen zu können. Doch nur zehn Prozent lassen sich komplementär behandeln, weil sie schulmedizinisch enttäuscht wurden.

Und der behandelnde Arzt? Am Mittagstisch, off the records, klagte eine Ärztin darüber, verglichen mit der Schulmedizin führe die Behandlung mit komplementärer Medizin zu erhöhtem Rechtfertigungsdruck gegenüber den Kostenträgern. Darauf lakonisch ein Krankenkassenvertreter: „Das eine ist eben etabliert, das andere nicht.“

Norbert Jachertz

Menschenbilder

Zur Auftaktveranstaltung des Dialogforums „Pluralismus in der Medizin“ waren im September 2004 Vertreter der „Schulmedizin“ und der „Komplementärmedizin“ im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf zusammengekommen, um sich über das Thema „Menschenbild und Medizin“ auszutauschen. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, wies auf die Notwendigkeit des Dialogs zwischen Vertretern der Medizin und der alternativen Heilverfahren hin. Welches Menschenbild ihre Therapie-

richtungen leitet, konnten Vertreter von Anthroposophischer Medizin, Homöopathie, Naturheilkunde, Traditioneller Chinesischer Medizin und Ayurveda darlegen. Gemeinsam sei allen Therapierichtungen, so der Medizinphilosoph Prof. Dr. Wolfgang Wieland, die Verpflichtung gegenüber dem leidenden Patienten. Auch die Medizin finde ihre Orientierung am Hilfe erwartenden homo patiens und sei damit eine anwendungsorientierte, mithin praxisorientierte Tätigkeit. Das Wesen der Medizin sei nicht von ihren naturwissenschaftlichen Hilfsmitteln her zu bestimmen, sondern von ihren Zielen. TG